Dr. W. CIMBAL

Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten und krankheitsverdächtiger Zustände


22102104593

M. H. Gordon

M. H. Gordon

Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten

und krankheitsverdächtiger Zustände.

Taschenbuch zur Untersuchung nervöser und psychischer Krankheiten

und krankheitsverdächtiger Zustände.

Eine Anleitung für Mediziner und Juristen
insbesondere für beamtete Ärzte.

Von

Dr. W. Cimbal,

Nervenarzt und Leitender Arzt der psychiatrischen Abteilung
des Städt. Krankeuhauses zu Altona, staatsärztlich approbiert.

Mit 4 Textabbildungen.



Berlin.
Verlag von Julius Springer.
1909.

Universitäts-Buchdruckerei von Gustav Schade (Otto Francke), Berlin N.

Vorwort.

Ziele und Grundgedanken des Taschenbuches sind im ersten Abschnitt niedergelegt; ebenso die Motive, aus denen der Verfasser das Buch auch für Juristen bestimmt hat. Auf einige Punkte möchte ich jedoch besonders hinweisen. Wenn man aus Zeitmangel gezwungen ist, sich mit den kurzen Untersuchungsschemata zu begnügen, die der zweite Abschnitt enthält, so möge man bedenken, daß deren Ergebnis nur für einfache Fälle genügt und nur zu ganz vorsichtigen Schlüssen berechtigt. Nicht nur der gerichtliche Gutachter, sondern auch der die Familie des psychisch Kranken beratende Hausarzt sollte aus menschlichen und ärztlichen Gründen stets die letzten Untersuchungsmöglichkeiten erschöpfen; hängt doch oft die soziale Zukunft einer ganzen Familie von rechtzeitiger, richtiger Diagnose und Prognose ab.

Das Taschenbuch in seiner jetzigen Form entspricht den Bedürfnissen meines eigenen Arbeitsfeldes, der Notwendigkeit, in möglichst kurzer Frist und mit möglichster Sicherheit Diagnose und Prognose zu bestimmen. Ich bin überzeugt, daß sich bei der Anwendung durch einen größeren Kreis mit anderen Bedürfnissen manche Lücken finden werden und bitte dringend, im Interesse der Sache recht zahlreiche und freimütige kritische Ausstellungen an mich gelangen zu lassen. Ich werde meinen Dank dadurch zu beweisen suchen, daß ich sie im Falle einer Neuauflage sorgfältigst berücksichtigen werde. Zum Schluß möchte ich dem Herrn Verleger meinen Dank für das Entgegenkommen aussprechen, mit dem er die mancherlei Erweiterungen aufgenommen hat, die durch neuere Veröffentlichungen während des Druckes notwendig wurden.

Altona, im September 1909.

Dr. W. Cimbal.

Inhaltsverzeichnis.

Erster Abschnitt.

Gebrauchsanweisung.

Zweiter Abschnitt.

Fertig zusammengestellte Fragebogen.

Dritter Abschnitt.
Anamnestische Erhebungen.

Vierter Abschnitt.
Körperliche Untersuchungen.

Fünfter Abschnitt.

Eingehendere Untersuchung und Schilderung akuter Geisteskrankheiten.

Seite

Sechster Abschnitt.

Entwickelungsstufen und Prüfung des geistigen Besitzstandes.

Siebenter Abschnitt.

Prüfung der geistigen Fähigkeiten.

Achter Abschnitt.
Psychophysische Methoden.

Neunter Abschnitt.
Psychiatrische Gutachtentechnik.
(Dispositionen, Formeln und Gesetzsammlungen.)

Anhang.

Erster Abschnitt.

Gebrauchsanweisung.

1. Zweck des Buches.

Bei Abhaltung von Fortbildungskursen, praktischen Übungen in meiner Abteilung, bei Konsultationen und der Lektüre von Gutachten hatte ich Gelegenheit zu bemerken, wie oft trotz ausgezeichneter psychiatrischer Kenntnisse die Beurteilung des einzelnen Falles durch eine gewisse Unbeholfenheit in der Untersuchung erschwert wird. Diese Beobachtung und die sehr lebhafte Erinnerung an meine eigene Hilflosigkeit, als zuerst die Aufgabe, Geisteskranke zu untersuchen und zu beschreiben, an mich herantrat, drängten mir den Plan auf, in handlicher Form die bei der Untersuchung von Geisteskranken, Schwachsinnigen und Psychopathen üblichen Methoden zusammenzustellen.

Das vorliegende Taschenbuch soll nun dem unmittelbaren Gebrauch bei der Untersuchung und Begutachtung Geisteskranker dienen und einen übersichtlichen Gedankengang, zweckmäßige Frageform und ausreichende Vollständigkeit auch dem weniger Geübten ermöglichen. Es soll ebenso angewandt werden und etwa die gleichen Dienste leisten wie auf anderen Gebieten eine Sektionstechnik, ein bakteriologisches oder chemisches Taschenbuch.

Die theoretische Kenntnis der Geisteskrankheiten und ihrer Erscheinungsformen genügt für diese Aufgaben erfahrungsgemäß ebensowenig wie pathologisch-anatomische Kenntnisse zur Erlernung der Sektionstechnik. Die psychiatrische Untersuchung erfordert vielmehr ebenso wie die anderen technischen Methoden einen bestimmten Gedankengang zur Vermeidung von Lücken, eine gewisse Vollständigkeit, wenn sie zu gutachtlichen Schlüssen berechtigen soll, und korrekte Ausführung der Einzeluntersuchung zur Vermeidung irreführender Ergebnisse. Diese Forderung einer planmäßigen lückenlosen Untersuchung vor der Begutachtung, die auf allen anderen Gebieten den Gutachtern selbstverständlich geworden ist, wird bei Geisteskranken keineswegs allgemein

anerkannt, ja sie wird sogar von seiten mancher Fachkollegen als unnötig oder gar als unwissenschaftlich verworfen. Man erhebt gegen sie den Einwand, daß eine methodische Untersuchung nicht imstande sei, den vielgestaltigen, scheinbar regellosen Erkrankungsformen des geistigen Lebens zu folgen. Zweifellos fordert diese Vielseitigkeit, daß der Gang der Untersuchung dem Bedürfnis jedes einzelnen Falles angepaßt werde. Die Vollständigkeit braucht und darf jedoch durch diese Anpassung nicht gestört werden.

Für die Ausgestaltung der Einzeluntersuchungen wurde zum Teil die fertige Frageform gewählt, wie sie im Krankenexamen unmittelbar angewandt werden kann. Abgesehen von außerordentlicher Zeitersparnis ermöglicht sie es dem Untersucher, größere Aufmerksamkeit auf die Beobachtung und Schilderung zu verwenden, indem sie ihn vom Überlegen der Fragestellung befreit. Ferner ist der Wortlaut der Frage keineswegs gleichgültig für die Antwort. Er muß sich dem krankhaften Gedankengang anpassen, um das Vertrauen des Kranken nicht zu stören, muß dem geschwächten Auffassungsvermögen verständlich sein und darf schließlich die Antwort keinesfalls durch suggestive Ausdrücke in unkontrollierbarer Weise beeinflussen. Diese oft unterschätzten Forderungen kann ohne festgelegte Frageform nur der sehr Geübte erfüllen, dessen Überlegenheit eben darin besteht, daß ihm eine Menge erprobter Fragen ohne weiteres bereit liegen.

Neben den Untersuchungsgruppen in Frageform enthält der Leitfaden die bekanntesten, ohne größere Apparate anwendbaren psychopathologischen Methoden in Form leichter praktischer Aufgaben, deren Kenntnis und sachgemäße Anwendung bei jeder modernen Begutachtung unerläßlich ist.

Um einen ungefähren Anhalt für die Zusammenstellung der Gesamtuntersuchung aus den verschiedenen Einzelgruppen zu geben, sind Dispositionen und Beispiele für die wichtigsten Aufgaben des psychiatrischen Sachverständigen zusammengestellt. Es ist dem ärztlichen Takt zu überlassen, danach oder aus eigener Wahl für den einzelnen Fall das Erforderliche aus den Sammlungen auszusuchen.

Den nicht ärztlichen Berufen, die in die Lage kommen können, psychisch Kranke beurteilen zu müssen, sind eigene Anweisungen und Fragegruppen gewidmet. Ein besonderes Bedürfnis schien es, für die richterliche Voruntersuchung und die Fürsorge für die schwachsinnige Jugend wenigstens die wichtigsten hier brauchbaren Untersuchungsmethoden den Berufenen zugänglich zu machen.

2. Wie verhält man sich Geisteskranken gegenüber?

Im Beginn einer psychiatrischen Untersuchung sind gewisse Rücksichten im Verkehr mit den Kranken unerläßlich. Zunächst kommt der psychisch Kranke nicht wie der körperlich Kranke zum Arzt, um ihm vertrauensvoll sein Leiden zu klagen, sondern er sucht ihm in der Regel mißtrauisch sein Leiden zu verbergen. Der Arzt hat also, ehe er in die Untersuchung eintritt, durch sein Verhalten das Mißtrauen des Kranken zu überwinden.

Die Form, in der er das am besten vermag, wird jedem Arzte aus der Praxis und aus dem Leben geläufig sein. Sie ist individuell verschieden, und jeder wird die Form wählen, die ihm am besten liegt. Gerade erfahrene praktische Ärzte erreichen wegen ihrer Geschicklichkeit, sich dies Vertrauen zu erwerben, oft besser als der dem Kranken fremde Psychiater oder Gerichtsarzt, daß der Kranke sich ihnen ausspricht.

Trotzdem seien hier nachstehend einige Vorschläge für das zweckmäßige Verhalten angeführt. Man lasse sich stets als Arzt bei dem Kranken einführen. Sage ihm etwa, man sei beauftragt, sich nach seinem Befinden zu erkundigen, oder benutze zum Anlaß der Untersuchung irgend eine seiner körperlichen Beschwerden, die man aus seinem Benehmen ersieht oder von den Angehörigen erfahren hat, und die der Untersuchte selbst oft als das einzige Krankhafte anerkennt. Unter dem gleichen Gesichtspunkte ist es gewöhnlich praktisch, mit der körperlichen Untersuchung oder der somatischen Anamnese zu beginnen, da diese Art der Untersuchung stets als ärztlich empfunden wird und man die weiteren Fragen oft zwanglos an die somatischen Befunde anknüpfen kann. Man lasse die Kranken, solange sie überhaupt im gleichen Zimmer sind, nicht aus den Augen und berechne jedes Wort und jede Geste, um Mißdeutungen zu vermeiden. Im Benehmen und Tonfall, die stets ruhig und freundlich sein müssen, richte man sich im übrigen nach der Stimmung des Kranken, die man aus seinem Ausdruck ersieht oder von der Umgebung erfährt. Man trete also einem Melancholischen etwa so gegenüber wie einem Freunde, der einen schweren Verlust erlitten hat, einem erregten Manischen oder Paralytiker wie einem Trunkenen, den man zu beruhigen hat, und einem Paranoiker wie einem mißtrauischen Prozeßgegner.

Die für Romane, nicht aber für die Wirklichkeit geeignete Einführung unter irgend einer Maske als Geschäftsfreund

oder dergleichen hat den doppelten schweren Nachteil, daß man in dieser Stellung doch nicht ernsthaft untersuchen kann, und daß bei Entdeckung des Schwindels das Vertrauen des Kranken meist für immer verloren ist.

Vielfach gilt es als Regel, dem Kranken nicht, oder wenigstens so lange als möglich nicht zu zeigen, daß man ihn auf seinen Geisteszustand untersucht, da angenommen wird, daß im anderem Falle der Kranke bald verstummen werde. Man gibt dafür gewöhnlich die Anweisung, ohne festen Plan wie in einem gewöhnlichen gesellschaftlichen Gespräch mit dem Kranken zu plaudern, nur soweit dies eben in einer Plauderei unauffällig möglich ist, die Richtung des Gespräches auf die krankhaften Störungen zu lenken und durch Anteilnahme, Eingehen auf die Ideen des Kranken seine krankhaften Vorstellungen hervorzulocken. Diese Regel hat aber die Situation des Anstaltsarztes zur Voraussetzung, der eine günstige Laune seines Patienten abwarten und lange Stunden daran wenden kann, im eleganten Rededuell seinen Gegner zu überlisten. Der Gerichtsarzt, der nur wenige Stunden, der Praktikant, der nur wenige Minuten Zeit hat, um ein ganzes Krankheitsbild klar zu stellen, muß gerade auf sein Ziel losgehen. Für sie ist es viel praktischer, solange die Geduld des Kranken reicht, sie zu einer kurzen planmäßigen Untersuchung auszunutzen, als sich in lange Unterhaltungen einzulassen.

Ängstliche und schwermütige Kranke gewinnen oft Vertrauen, wenn man ihnen die Hand gibt und festhält. Bei mißtrauischen, stuporösen und erregten Kranken achte man bei der Annäherung auf jede Bewegung, um sich vor Angriffen zu schützen. Ebenso wenn man verwirrte oder apathische Kranke berühren oder rütteln muß, um ihre Aufmerksamkeit wach zu halten. Besonders gefährlich ist die Stellung am Fußende des Bettes.

Der Eindruck der ärztlich freundschaftlichen Unterredung muß durch den Ton hervorgerufen werden, in dem der Untersuchende mit dem Kranken spricht. Auch im planmäßigen Frage- und Antwortspiel, selbst wenn man, was oft besser vermieden wird, die Anweisung mit dem Fragebogen neben sich aufgeschlagen liegen hat und daraus die Fragen entnimmt, kann und muß man die Frage selbst in freundschaftlichem und teilnehmendem Tone stellen und dem Kranken nach Möglichkeit das Gefühl ersparen, „zu Protokoll vernommen zu werden“.

3. Untersuchungsplan.

Die Untersuchung eines Geisteskranken darf sich gewöhnlich nicht wie die eines körperlich Kranken mit Diagnose, Prognose und Therapie begnügen, sie hat fast stets noch für irgendeine praktische Entscheidung die besonderen Grundlagen zu liefern. Am häufigsten ist eine der nachstehenden Fragen zu beantworten:

Besteht zur Zeit der Untersuchung Geisteskrankheit oder Geistesschwäche?

Ist diese Geisteskrankheit oder Geistesschwäche derartig, daß sie zur Anstaltseinweisung berechtigt (auf Wunsch der Angehörigen)?

Oder sie erforderlich macht? (Einweisung oder Festhaltung in der Anstalt aus sicherheitspolizeilichen Gründen.)

Beschränkt diese Geisteskrankheit oder Geistesschwäche auf längere Dauer die Geschäftsfähigkeit? (§ 6,1 BGB.)

Und zwar so, daß die Geschäftsfähigkeit auf die Dauer geringer ist wie die eines 7jährigen Kindes? (Entmündigung wegen Geisteskrankheit.)

Oder bis zu dem Grade eines Minderjährigen, der das 7. Lebensjahr vollendet hat? (Entmündigung wegen Geistesschwäche.)

Ist durch die Geistesstörung zur Zeit einer kriminellen (§ 51 StGB.) oder zivilrechtlichen (§ 104 BGB.) Handlung die freie Willensbestimmung ausgeschlossen gewesen?

Ist durch die Krankheit die geistige Gemeinschaft ausgeschlossen?

Welche Aussichten auf Genesung bietet die vorliegende Erkrankung?

Die meisten Entscheidungen erfordern den Nachweis bestimmter geistiger Störungen neben der Diagnosenstellung. Ebensowenig wie es nun die Aufgabe des Arztes ist, dem Kranken durch freundschaftliche Plaudereien das Gefühl einer ärztlichen Untersuchung ganz zu ersparen, ebensowenig ist es seine Aufgabe, ihn zu unvernünftigen oder als unvernünftig auslegbaren Äußerungen zu verführen und dann zur Anstaltseinweisung oder zur Entmündigung zu verurteilen.

Dagegen wird der Arzt z. B. vor einer Anstaltseinweisung die Angehörigen nach allem fragen, was die Einweisung notwendig macht oder für die Behandlung in der Anstalt wichtig ist, also nach Angriffen auf die Umgebung, Nahrungsverweigerung, körperlichem Rückgang. Er wird bei der Untersuchung hauptsächlich nach den primären Störungen suchen,

die für die Bedeutung, die Prognose und das Anstaltsbedürfnis der akuten Geisteskrankheiten ausschlaggebend sind. Er hat also durch Prüfung der Orientierung zu entscheiden, ob der Kranke klar oder verwirrt ist, hat aus dem Benehmen des Kranken seit Beginn der Krankheit, aus seinem Verhalten bei der Untersuchung und durch geeignete Fragen zu erforschen, ob Sinnestäuschungen bestehen, die den Zustand unter allen Umständen zu einem gefährlichen machen und Anstaltsfürsorge erfordern. Er hat weiter auf Affektstörungen und Wahnideen zu fahnden, von denen Verfolgungsideen und melancholische Stimmung für seine Entscheidung die wichtigsten sind. Die Intelligenzprüfungen sind dagegen für ihn von geringem Wert. Umgekehrt werden alle vorstehend genannten Fragegruppen bei der Untersuchung eines schwachsinnigen Kindes auf seine Lernfähigkeit, eines Gewohnheitsverbrechers auf seine Zurechnungsfähigkeit oder eines zu Entmündigenden in der Regel in den Hintergrund treten, um den Intelligenzprüfungen Platz zu machen.

Auch in der Anwendung der Intelligenzprüfungen bestehen wesentliche Unterschiede. Die Lernfähigkeit hängt in der Hauptsache von den Fähigkeiten der Auffassung und Festhaltung neuer Vorstellungen und der selbsttätigen Verknüpfung der erworbenen untereinander ab. Man wird also dem Kinde, neben der Prüfung des schon Erworbenen, Lernmaterial in der Untersuchung selbst bieten müssen, um zu sehen, wie es verarbeitet wird. Im Entmündigungsverfahren hat man den Erfolg der selbständigen Denkarbeit, nicht das Schulwissen, sondern das Erfahrungswissen, ferner den Gebrauch, den der Untersuchte von seinem geistigen Besitzstand zu machen versteht, durch praktische Aufgaben festzustellen.

Wieder ganz andere Grundlagen fordert die Frage der Zurechnungsfähigkeit. Zunächst wird hier nach akuten Geistesstörungen gesucht werden müssen, sei es, daß sich aus der Anamnese Anhaltspunkte dafür gewinnen lassen, daß eine akute, vielleicht rasch vorübergegangene Geistesstörung zur Zeit der Tat bestanden hat, sei es, daß eine noch zur Untersuchungszeit bestehende Erkrankung bis zur Zeit der Tat zurückverfolgt werden kann. Bei angeborenem verbrecherischen Charakter ist zu prüfen, ob das Kombinationsvermögen des Kranken nicht zu gering ist, als daß ihm das Verständnis für die Strafbarkeit seiner Handlung zugemutet werden könnte.

Bei den Unfallspsychoneurosen ist nach den Störungen, die auf die Erwerbsfähigkeit Einfluß haben —

Ermüdbarkeit, Apathie, Hemmung, Interessenlosigkeit — zu forschen.

So lassen sich, nach den Anlässen zur Untersuchung, die Aufgaben des Arztes in zwei Gruppen zusammenfassen. In der einen handelt es sich um auffällige Reden, um störende oder gefährliche Handlungen, die zu der Vermutung geführt haben, daß eine akute Geisteskrankheit vorliege, in der zweiten um ein Versagen gegenüber den Anforderungen des bürgerlichen Lebens, sei es, daß dies Versagen in ungenügenden Leistungen oder in mangelndem moralischem Widerstand gegen lockende Verführungen bestand. Im ersten Falle hat der Untersuchende die Aufgabe, nach psychopathologischen Grundlagen für die ihm geschilderten oder in die Augen fallenden krankhaften Äußerungen zu suchen, im zweiten Falle hat er die geistige Leistungsfähigkeit mit den dafür gefundenen Methoden zu messen. Er wird sich in beiden Fällen klar sein müssen, daß krankhafte Störungen bestehen können, ohne daß auch der beste Untersucher imstande ist, sie objektiv nachzuweisen, und wird in dringenden Fällen, z. B. bei dissimulierenden Paranoikern seine Maßnahmen auch dann treffen, wenn in der Untersuchung selbst sichere krankhafte Äußerungen nicht zutage treten. Die Grundlage des ärztlichen Urteils bietet dann die sorgfältig auf ihre Zuverlässigkeit durch Aussagen Unbeteiligter zu prüfende Anamnese.

Die psychiatrische Untersuchungstechnik setzt sich somit aus zahlreichen, unter sich ziemlich selbständigen Einzelgebieten zusammen, aus denen („wie bei einem Mosaikbild", Leppmann) der Untersucher nach den Bedürfnissen seines Falles die Aufgabe zusammenzusetzen hat.

Das Grundschema eines psychiatrischen Protokolls, gleichgültig für welchen Zweck es angestellt wird, wäre nun etwa folgendes:

1. Vorgeschichte.
   a) Objektive Anamnese von der Umgebung des Kranken (Heredität, Entwicklung und je nach der Lage des Falls einige der übrigen Gruppen der Anamnese).
   b) Autoanamnese (vom Kranken abgefragt oder selbständig geschrieben).
2. Voruntersuchung mit möglichst wörtlicher Protokollierung mindestens aller pathologischen Antworten und aller krankheitsverdächtigen Befunde.

} Sobald als möglich, am besten bei der ersten Untersuchung aufzunehmen.

3. Eingehende, zeitlich voneinander unabhängige, Detailuntersuchungen auf den durch 1 und 2 krankheitsverdächtig gewordenen oder vom Untersuchungszweck geforderten Gebieten.
4. Die vom Arzt, vom Wartepersonal resp. der Umgebung des Kranken während der Beobachtungszeit gelieferten Beiträge.

4. Anamnese.

Die Anamnese im psychiatrischen Sinne umfaßt lediglich die Erkundung der Krankheitsgeschichte von der Umgebung des Kranken und das Studium der Akten von Behörden, mit denen er in Berührung gekommen ist (Schulzeugnisse, Militärpapiere, Gerichtsakten, die ärztlichen Notizen aus früheren Krankenhaus- oder Anstaltsaufenthalten). Die eigenen Erzählungen über die Vorgänge sind bei Geisteskranken gewöhnlich so stark krankhaft verändert, daß sie im allgemeinen nicht als glaubhafte Vorgeschichte benutzt werden können; sie sind deshalb nicht als Anamnese, sondern als Befund zu werten und von der „objektiven Vorgeschichte“ als „Autoanamnese“ abzutrennen.

Die Erhebung und Wertung der objektiven Anamnese ist bei psychisch Kranken ebenso wichtig wie die ganze übrige Untersuchung, stützt sich doch bei vielen Fällen die Anstaltseinweisung und Festhaltung des Kranken, die Entmündigung oder die Freisprechung lediglich auf Beobachtungen von Laien, denen die spärlichen Ergebnisse der Untersuchung nur als Stützpunkte zur Glaubhaftmachung dienen können. Für große Gruppen von Krankheiten und zwar gerade für die gefährlichsten und forensisch schwierigsten, die transitorischen Bewußtseinseinschränkungen und Verstimmungen läßt sich bei der Untersuchung selbst weder aus den Intelligenzprüfungen noch aus den Erinnerungen des Kranken irgendwelcher zuverlässiger Anhaltspunkt gewinnen. Die ganze Sorgfalt und Kritik des Untersuchers hat sich auf die Sammlung und Wertung jener laienhaften Beobachtungen zu konzentrieren, die jede für sich unzuverlässig, in ihrer Gesamtheit und kontrolliert durch die Erfahrung des Arztes jedoch wohl eine verwertbare Grundlage zur Beurteilung geben können.

Als Referenten bei der Erhebung der Anamnese über Heredität und Lebenslauf eignen sich: Nähere Verwandte in bürgerlich geordneter Stellung, auch wenn sie nicht im regen Verkehr mit der Familie stehen, der Hauswirt, Kaufleute in

der Nähe, der Armen- und Waisenpfleger und in ländlichen Verhältnissen der Lehrer, Ortsvorsteher und Pastor. Unter allen Umständen einzuholen ist das Urteil des Lehrers über die Punkte, die als Zeichen des Schwachsinns in der Schulzeit angeführt sind, ferner wenn möglich die Akten der Armenbehörde und der Polizeibehörde. Ungeeignet zur Auskunft sind die nächsten Nachbarn und die Freunde oder Arbeitsgenossen der Erkrankten. Jede anamnesische Erhebung hat nur dann Wert, wenn sie vom Nachuntersucher oder Richter kontrollierbar ist, d. h. wenn ganz genau Vor- und Zuname, Stand und Wohnung des Referenten und der Tag der Vernehmung neben den Aussagen eingetragen ist.

Ferner sind nur Tatsachen von Wert. Eindrücke und unbewiesene Urteile des Untersuchers oder der von ihm Vernommenen sind bequem, aber wertlos, und gehören in eine sachliche Vorgeschichte ebensowenig wie in eine sachliche Untersuchung.

Die Richtung der anamnesischen Erforschung des Krankheitsbildes ist fast ebenso verschiedenartig wie die der Untersuchung. Die Fragegruppe „Anamnese“ enthält deshalb eine große Zahl von Untergruppen, aus denen von Fall zu Fall das Erforderliche zusammenzustellen ist. In allen Fällen zu erheben, wenn auch von recht geringem praktischen Wert, sind die Angaben über die Heredität, die, wenn sie nicht mit äußerster Vorsicht gewertet werden, oft irre führen. Schwere psychische Abnormitäten werden aus Familienstolz geleugnet oder andererseits, um einen Beschuldigten zu retten, hinzugedichtet. Beides pflegt unkontrollierbar zu sein.

Die Fragen nach der körperlichen, geistigen und wirtschaftlichen Entwickelung sind vor allem bei den Defektzuständen zu verwenden; äußert sich doch der angeborene Schwachsinn gewöhnlich schon in frühester Kindheit in einwandfreien Zeichen, die jeder verständigen Mutter auffallen und im Gedächtnis bleiben. Diese Gruppen liefern weiterhin oft die sicherste Grundlage zu der klinisch wichtigen Unterscheidung der angeborenen Entwicklungshemmungen einerseits und der durch Gehirnerkrankungen oder das Jugendirresein veranlaßten Defektzustände andererseits.

Die akuten Geisteskrankheiten fordern zu ihrer Diagnose nicht nur die Kenntnis der Entwickelung des derzeitigen Krankheitsbildes, sondern auch aller früheren nervösen Erkrankungen, die Vorläufer der jetzigen Erkrankung gewesen sein können. Derartige Vorläufer hat fast jede akute Geisteskrankheit. Besonderen Wert aber haben sie für die Diagnose der periodischen und zirkulären Psychosen, da bei diesen

außerordentlich häufig die späteren Anfälle den früheren in Eigenart, Verlauf und Dauer durchaus gleichen. Bei Defektzuständen ist es nicht nur klinisch von Wichtigkeit, alle früher überstandenen psychisch abnormen Zustände zu erforschen, da wir gewohnt sind, Zustände mit äußerlich ähnlichen Befunden unter den Schutz der Unzurechnungsfähigkeit oder der Entmündigung fallen zu lassen, falls sie nach einem akuten Jugendirresein zurückgeblieben sind, sie aber als moralische Minderwertigkeit nicht unter diesen Schutz zu stellen, falls sie das Ergebnis ungünstiger Anlage und schlechter Erziehung sind.

Die Fragen nach überstandenen Schädlichkeiten sind vor allem für die toxischen, organischen und traumatischen Psychosen erforderlich. Die Fragen nach dem psychischen Zustande bei verbrecherischen Handlungen sind forensisch für die Beurteilung der Zurechnungsfähigkeit unerläßlich, da die Behauptung von Bewußtseinstrübungen aller Art bei den Gewohnheitsverbrechern immer beliebter wird.

Für die Krampfleiden ist eine besonders ausführliche Anamnese zusammengestellt. Einmal wird hier das Krankheitsbild oft ausschließlich von Laien beobachtet, so daß die Anamnese den wesentlichsten Teil der Krankengeschichte zu bestreiten pflegt. Dann sollte dieser Abschnitt den Bedürfnissen der Epileptikeranstalten gerecht werden, die oft weit vom Heimatsorte der Kranken entfernt sind, keine Gelegenheit haben, selbst die Angehörigen zu vernehmen, und deshalb eine besonders sorgfältige Spezialanamnese von den Einweisungsgutachten verlangen müssen.

Weiterhin enthält die Abteilung II 1 eine anamnestische Gruppe, die hauptsächlich aus praktischen Gründen vorausgenommen ist: Die Verwendung des Fragebogens „Autoanamnese“ ist so gedacht, daß er mechanisch in Fragebogenform vervielfältigt und den zu Untersuchenden zur schriftlichen Beantwortung in die Hand gegeben, bei Unfähigkeit zu schriftlicher Beantwortung von einer Hilfsperson abgefragt wird. Er hat vor allem den Zweck, dem vielbeschäftigten Untersuchungsrichter, Gerichtsarzt, Gefängnisarzt vor Beginn der eigentlichen Untersuchung schon die wichtigsten anamnestischen Daten in die Hand zu geben und kann, eventuell ergänzt von einem frei geschriebenen Lebenslauf, schon ein ganz brauchbares, ohne allen Zeitverlust gewonnenes Material liefern. Schließlich können die Fragen der Autoanamnese als anamnestischer Teil der abgekürzten Voruntersuchung verwandt werden.

Die Anweisung zu „Krankenberichten des Wartpersonals“ entstammt den gleichen rein praktischen Erwä-

gungen wie die Autoanamnese. Selbstverständlich hält sich ja der Arzt auch in einer Beobachtungsstation oder in einer Anstalt für Geisteskranke nur einen kleinen Bruchteil des Tages in der Umgebung des einzelnen Kranken auf und gewöhnlich unterdrückt ,die Anstaltsdisziplin gerade dann die feineren, für die Beurteilung wichtigsten spontanen Krankheitsäußerungen. Die ärztliche Beobachtung muß also ergänzt werden durch die Beobachtungen des Wartpersonals, das bei einfachen, leicht verständlichen Vorschriften und bei einiger Schulung zu einem ganz brauchbaren Gehilfen erzogen werden kann.

5. Erste Untersuchung.

Im Fall, daß weder von der Umgebung, noch von den Angehörigen des Kranken, noch vom Kranken selbst irgendwelche Anhaltspunkte über die krankhaften psychischen Vorgänge und ihre Entwicklung zu erhalten sind, muß nun ebenso wie im gleichen Fall bei körperlichen Kranken zur Aufsuchung des Krankheitsherdes eine kurze, aber planmäßige Untersuchung aller psychischen Gebiete vorgenommen werden; dafür dient der Fragebogen „Abgekürzte Voruntersuchung“, der mit den notwendigsten tastenden Fragen nacheinander alle psychischen Erkrankungsmöglichkeiten berührt.

Diese Fragenfolge und ihre Erweiterung durch die eingehenden Untersuchungen auf den krankhaft befundenen Gebieten entspricht etwa der Durchforschung eines mikroskopischen Präparates mit der schwachen Vergrößerung zur Gewinnung eines Übersichtsbildes und mit der starken Vergrößerung zur genauen Auflösung der pathologisch gefundenen Gesichtsfelder.

Oder ins Psychiatrische übersetzt:

Lassen die tastenden Fragen der Voruntersuchung krankhafte Störungen irgendeines Gebietes vermuten, sei es, daß die Fragen nach Sinnestäuschungen oder nach Wahnideen positiv oder auffallend zurückhaltend beantwortet werden, sei es, daß sich in der zeitlichen oder personellen Orientierung Unsicherheit kundgibt, oder daß die Vor-Fragen der Intelligenzprüfung schon Schwierigkeiten machen, so sind diese Gebiete krankheitsverdächtig. Man nimmt dann entweder sofort oder nach Beendigung der Voruntersuchung die gewonnenen, natürlich wörtlich protokollierten verdächtigen Antworten als Ausgangspunkt und forscht in der in den eingehenden Fragegruppen geschilderten oder in freier individu-

alisierender Weise weiter, um Entstehung, Ort und Ausdehnung der Störung zu erfahren.

Die Reihenfolge der Fragen innerhalb der „Voruntersuchung" und der eingehenden Untersuchungsgruppen ist lediglich von Rücksichten der praktischen Anwendbarkeit, keineswegs von irgendwelchen psychologischen Gesichtspunkten geleitet und möge deshalb nicht von solchen aus beurteilt werden. Körperliche Untersuchung, Abfragung der Personalien, Orientierung und Aufforderung zu freier Aussprache sind an die Spitze gestellt, weil sie erfahrungsgemäß am wenigsten den Widerstand der Kranken herausfordern.

Die Abfragung der Personalien und die spontanen Äußerungen des Kranken geben Gelegenheit, seine Ausdrucksweise, die Art seines Sprechens, den Zusammenhang der Rede und die Übereinstimmung des Ausdrucks mit dem Inhalt der Rede zu beobachten und zu protokollieren. Diese Beobachtung und Schilderung des allgemeinen Eindrucks soll mit der möglichsten Geduld und Sorgfalt geschehen, wenn möglich, protokolliert man einzelne Sätze wörtlich (stenographisch).

An die Personalien läßt sich leicht die körperliche Autoanamnese, an diese leicht die psychische Autoanamnese anschließen. Man versucht auch hier zunächst, den Kranken zum freien Erzählen zu bringen, indem man ihn nach den Daten seiner Entwicklung, nach seiner sozialen Stellung, überstandenen Krankheiten und nach der Entwicklung der jetzigen Erkrankung fragt. Gelingt diese Frageform nicht, so spricht man mit dem Untersuchten das durch, was man an Anhaltspunkten für krankhafte Vorgänge aus der objektiven Anamnese gewonnen hat. Das hat den Zweck, die Stellungnahme des Kranken zu den Vorgängen kennen zu lernen, etwaige Erinnerungslücken, die ja sehr häufig mit den krankhaften Vorgängen verbunden sind, aufzusuchen, und ist schließlich das beste Mittel, den Kranken über Sinnestäuschungen, Wahnideen, Affektschwankungen auszufragen. Dieses Durchsprechen der Anamnese erfordert aber viel Takt und Vorsicht, weil der Untersuchte oft nichts davon wissen darf, was seine Familie über ihn ausgesagt hat. Es wird also auch hier nötig sein, indirekt zu fragen und das schon Erfahrene nicht als bekannt erkennen zu lassen.

Man wird oft zum Zweck der Protokollierung vom Kranken die Wiederholung eines markanten Satzes erreichen können mit der einfachen Bitte: „Ach sagen Sie, wie war das, das will ich mir doch aufschreiben."

6. Körperliche Untersuchung.

Ist der Kranke nicht zum Erzählen der Vorgänge zu bewegen, antwortet er auf die Fragen gar nicht oder in ausweichender Weise, so beginnt man mit der körperlichen Untersuchung. Das hat viele Vorteile. Zunächst besiegt der Arzt dadurch am leichtesten das Mißtrauen, da von Laien nur die körperliche Untersuchung als ärztliche Untersuchung gewertet wird. Dann gibt ein genauer somatischer Status oft die wichtigsten Aufschlüsse zur Diagnose der geistigen Krankheiten. Drittens geben die Fragen der körperlichen Untersuchung eventuell einen ausgezeichneten, unverfänglichen Ausgangspunkt auch für die psychiatrischen Fragen. Man lasse sich deshalb die Mühe der körperlichen Untersuchung nie verdrießen, auch wenn man voraussetzt, daß körperliche Befunde nicht zu erheben sind. Dagegen sollten vaginale Untersuchungen und Entblößungen bei weiblichen Kranken möglichst vermieden werden, auch zieht man bei der körperlichen Untersuchung wenigstens weiblicher Kranker prinzipiell eine dritte Person hinzu, während für die eigentliche psychiatrische Untersuchung die Anwesenheit jedes Dritten meist außerordentlich hinderlich ist.

Es mag hier daran erinnert werden, daß die Lumbalpunktion ein operativer Eingriff ist, dessen Ausführung bei Geisteskranken der Zustimmung der Angehörigen, bei Geschäftsfähigen der Zustimmung des Untersuchten bedarf.

Neben den Anweisungen zu den wichtigsten körperlichen Untersuchungen enthält der Abschnitt III zwei Spezialgebiete, die Simulationsprüfungen und die Untersuchung von Sprache und Schrift. Die Aufgabe der letzteren wird jedem klar sein, sie betrifft die zerebralen Erkrankungen, die wir als Aphasie, Agnosie, Apraxie zusammenfassen und die einer besonderen methodischen Erforschung bedürfen.

Die „Simulationsprüfungen“ enthalten diejenigen körperlichen Untersuchungen, die ein Urteil darüber gestatten, ob der Untersuchte den von ihm geforderten Funktionen ehrlich nachkommt. Selbstverständlich darf der Arzt durch sie nicht zum Simulantenriecher werden. Übertreibung der Störungen trifft man bei einfachen Neurosen, die keinerlei Interesse daran haben, den Arzt zu betrügen, ebenso wie bei Unfallkranken und Untersuchungsgefangenen. Unrichtige Angaben können weiter ein Symptom hysterischer Krankheitszüge sein; sie dürfen unter keinen Umständen so verallgemeinert werden, daß, wer der Simulation eines Symptoms überführt ist, den

Anspruch auf Berücksichtigung seiner vielleicht echten übrigen Krankheitssymptome verloren habe. Beherrschen aber muß jeder Arzt die Methoden, das Echte und Vorgetäuschte zu unterscheiden, sonst ist er der durch unsere soziale Gesetzgebung zu überraschender Höhe entwickelten Schauspielerkunst unserer sozialen Schmarotzer und Drohnen rettungslos verfallen.

7. Beobachtung und Schilderung des Verhaltens.

Die weitere psychische Untersuchung, die auf Wahnideen, Sinnestäuschungen, Affektstörungen, ist nur zum kleinen Teil durch Frageschemata erschöpfbar, im wesentlichen ist sie abhängig von der wichtigsten Fähigkeit des Arztes und speziell des Nervenarztes, dem Verständnis für die mimischen und gestatorischen Ausdrucksbewegungen. Für diese Fähigkeit, die den wichtigsten Teil der Menschenkenntnis im volkstümlichen Sinne bildet, gibt es natürlich kein Frageschema. Die Versuche unserer besten Forscher, das ihnen auf diesem Gebiete Geläufige zu schildern und in Sätze zu fassen, haben nur zu recht bescheidenen Ergebnissen geführt. Wenn hier trotzdem versucht worden ist, ein Schema zur Schilderung der Ausdrucksbewegungen zu geben, so hat das selbstverständlich nicht den Zweck, die durch Instinkt und Erfahrung erworbenen Kenntnisse zu ersetzen, sondern diese Fähigkeiten werden bei der Benutzung dieser Anleitung als Grundlage vorausgesetzt.

Der erfahrene Arzt *fühlt*, in welcher Stimmung der Kranke sich befindet, er hat ein sicheres Empfinden dafür, ob es ihm gelingt, sich mit dem Kranken in Verbindung zu setzen, oder ob das Mißtrauen sich wie eine trennende Wand vor jedes seiner Worte aufbaut. Er kennt genau den Ausdruck der geistigen Zerfahrenheit wie den des Abgelenktseins durch starke innere Vorgänge. Die Schwierigkeit besteht für ihn nur in der *Schilderung* dieser Zustände für Krankenblatt, Klinik oder Gutachten, und an diesem Punkte soll ihm eben das Schema zu Hilfe kommen. Es genügt bei Geisteskranken durchaus nicht, allgemeine Eindrücke wiederzugeben, wie: der Kranke ist unvernünftig, mißtrauisch, traurig oder macht einen blödsinnigen Eindruck. Es ist sowohl für die Vertiefung des Krankheitsverständnisses wie für die Verständlichkeit des Geschriebenen für andere unumgänglich nötig, daß die der allgemeinen Erfahrung entnommenen Eindrücke aufs sorgfältigste in Einzelbeobachtungen zerlegt und durch sie begründet werden.

Gerade an diesem Punkte unterscheidet sich die wissenschaftliche Beurteilung von der laienhaften. Daß der Kranke einen schwachsinnigen, ängstlichen oder verwirrten Eindruck macht, haben ja gewöhnlich schon die Laien gesehen. Die Aufgabe des Arztes ist es nicht, diesen Eindruck zu bestätigen, sondern zu begründen.

Das Verhältnis der beiden Wege zur Erforschung der krankhaften Vorgänge, der Beobachtung und der Ausfragung, ist bei den verschiedenen Psychosen ein sehr verschiedenes. Es gibt Zustände, bei denen das Verhalten des Kranken auf allen Gebieten eine Fülle charakteristischer Veränderungen aufweist, sei es, daß ein sinnloser Bewegungs- oder Beschäftigungsdrang oder eigentümliche bizarre und zwangsmäßig festgehaltene Stellungen auch dem Auge des Ungeschulten als zweifellos krankhaft ersichtlich sind, und die andererseits auch bei der genauesten Ausfragung und Intelligenzprüfung keine oder nur ganz geringfügige Fehlantworten ergeben. Andere Geistesstörungen, vor allen Dingen die paranoischen und halluzinatorischen, bieten dem Auge nur geringe oder gar keine Abweichungen; auf geeignete Fragen dagegen entwickelt sich eine Veränderung der Gedankenwelt, die leicht und zwanglos zum Verständnis der krankhaften Handlungen führt. Auch innerhalb ganz verwandter Zustände kann der gleiche Unterschied walten. Es gibt Depressionszustände, die lediglich zu der Empfindung einer unüberwindlichen Schwere und einer unerklärlichen Angst führen, die sich lediglich im Ausdruck und Verhalten äußern, während der Kranke volle Krankheitseinsicht bewahrt, und andere, bei denen ein verhältnismäßig oberflächlicher Affekt zu einer Fülle von Selbstbeschuldigungen und hypochondrischen Vorstellungen führt. Der untersuchende Arzt muß deshalb aufs sorgfältigste beide Wege verfolgen, wenn er sich die für Prognose, Behandlung und Gutachten unerläßliche Kenntnis aller Krankheitsäußerungen verschaffen will. Für die schwierige Aufgabe, dem Untersucher bei der Schilderung des Verhaltens zu Hilfe zu kommen, sind in Abschnitt V 1 Tabellen ausgearbeitet, die brauchbare Bezeichnungen für die normalen und pathologischen Funktionen nach einheitlichen Gesichtspunkten geordnet enthalten. Die rein äußerliche Einteilung derselben in Akinese, Hyperkinese und Parakinese ist lediglich in Ermanglung eines besseren Gesichtspunktes zur Erleichterung des Suchens angewandt, hat aber ihre praktische Berechtigung dadurch, daß diese Grundstörungen sich gewöhnlich auf alle oder die meisten Funktionen erstrecken, so daß man also beim Suchen nach dem treffendsten Ausdruck gewöhnlich in ein und derselben Längskolonne

verbleiben kann. Ja, die Beobachtung des entgegengesetzten Verhaltens — daß z. B. das gesamte allgemeine Verhalten hyperkinetisch ist, nur die mimischen und sprachlichen Funktionen parakinetisch — hat sogar einen ganz besonderen Wert für die Diagnose und wird bei der Anwendung der Tabelle am leichtesten entdeckt werden.

Die Anwendung ist nun so gedacht, daß der Untersucher, der nach der Tabelle schildern will, sich in der Reihenfolge der Querkolonnen aus der für den Einzelfall passenden Längskolonne die passendsten Ausdrücke heraussucht und das Ganze zu einer zusammenhängenden Schilderung verbindet.

Die sorgfältige Beobachtung beider Erscheinungsformen eines krankhaften Affektes usw., also sowohl der Ausdrucksbewegungen wie der krankhaft veränderten Gedankenwelt, berechtigt diagnostisch zu viel weiteren Schlüssen als lediglich eine von beiden. Es sei nur angeführt, daß ein Paranoiker zwar seine Sinnestäuschungen und Wahnideen dissimulieren, ein Untersuchungsgefangener krankhafte Ideeen oder Sinnestäuschungen simulieren kann, daß aber der dazugehörige Gesichtsausdruck und das entsprechende Verhalten völlig dem menschlichen Willen und damit auch der Vortäuschung entrückt sind.

8. Weitere ausbauende Fragestellung.

Nach den ersten krankhaften Befunden stehen dem Untersucher zwei Möglichkeiten frei, weiter zu forschen und das Krankenblatt zu vertiefen. Der Geübte hat ja vom ersten Augenblick, jedenfalls aber nach den ersten positiven Befunden eine gewisse engere Wahl von Krankheitsbildern schon getroffen, zwischen denen er differentialdiagnostisch die nosologische Stellung zu bestimmen sucht. Diese Form der differentialdiagnostischen Arbeit geschieht tastend wie mit der Sonde, mehr mit dem Gefühl als nach logischen Gesetzen. Dieser Weg kann einer Untersuchungstechnik nicht zugrunde gelegt werden. Die methodische Ausarbeitung eines Krankenblattes wird dagegen davon ausgehen, daß gewisse Störungen in gesetzmäßiger Weise miteinander verknüpft sind. So sind starke depressive oder ängstliche Affekte in der Regel mit Kleinheitsideen, starke euphorische Affekte oft mit Größenideen und Verfolgungsideen gewöhnlich mit mißtrauischer Grundstimmung verbunden, so daß man aus dem Nachweis der einen Gruppe von Störungen einfach dadurch zu der anderen gelangen kann, daß man nach ihrer Begründung fragt. Diese gesetzmäßigen Verknüpfungen sind zwar

die häufigsten, jedoch keineswegs die allein möglichen. Größenideen können sich ebenso gut mit ängstlicher oder mißtrauischer Verstimmung verbinden, und schwere, zum Teil schreckliche hypochondrische oder Verfolgungsideen können auf dem Grunde einer gleichmütigen oder heiteren Stimmung ruhen; ja diese der normalen Erfahrung zuwiderlaufenden Verbindungen haben sogar ihre besondere diagnostische und prognostische Bedeutung. Es ist deshalb unbedingt notwendig, mindestens dann, wenn die klinische Diagnose nicht ganz einfach und dem Untersucher von vornherein klar ist, alle Gruppen der psychotischen Phänomene als möglich vorauszusetzen und wenigstens durch die einleitenden Fragen zu prüfen, selbst wenn ihr Vorhandensein durch andere Befunde unwahrscheinlich gemacht wird.

Das schematische Fragen hat dabei zweifellos den Nachteil, daß es dem Kranken die Antwort bis zu einem gewissen Grade in den Mund legt, daß es dem Simulanten seine Arbeit außerordentlich erleichtert und auch bei suggestiblen, echt krankhaften Zuständen zur Annahme gar nicht vorhandener Symptome verführt. Kramer und andere verpönen es deshalb wie alle Suggestivfragen vollständig und wollen an ihre Stelle die sorgfältigste monatelang fortgesetzte Beobachtung gesetzt wissen. Da diese Möglichkeit für den Gerichtsarzt und Praktikanten wegfällt, sind für deren Zwecke direkte Fragen eben unerläßlich. Die oben geforderte Vorsicht zur Vermeidung von suggerierten Antworten ist dann dadurch zu ersetzen, daß die positive Antwort des Kranken durch vorsichtig vertiefte, nicht mehr suggerierende Fragen nach den näheren Umständen, nach der Begründung der Wahnideen, nach der Häufigkeit, Klangfarbe, dem Inhalt der Sinnestäuschungen auf ihre Echtheit geprüft wird, wie es auch in den entsprechenden Fragebogen versucht ist. Es ist durchaus möglich, auf diesem Wege die Fälschung von der krankhaften Empfindung zu unterscheiden; denn es kann als völlig unmöglich angesehen werden, alle Einzelheiten eines psychiatrischen Krankheitsbildes einheitlich vorzutäuschen, wenn nur die Fragestellung eine genügend ausführliche ist. Andererseits verrät sich der Dissimulierende am leichtesten, wenn er von möglichst verschiedenen Seiten, sei es auch durch Suggestivfragen, befragt wird. Schließlich gibt es eine ganze Anzahl guter Methoden, unehrliche Antworten zu kontrollieren, nicht zuletzt die Vergleichung der Ausdrucksbewegungen und der Mimik mit den Angaben des Kranken. Wichtiger als alle anderen Rücksichten ist immer die Absicht, möglichst viel und Vielseitiges von der Gedankenwelt des Kranken zu erfahren.

9. Intelligenzprüfungen.

Die Intelligenzprüfungen sind — hauptsächlich in der Gutachtentätigkeit — anzuwenden, sobald der Anlaß zur Untersuchung mittelbar oder unmittelbar aus einem Versagen der geistigen Fähigkeiten, also aus geistigen Schwächezuständen zu entspringen scheint. Der Zusammenhang ist ein mittelbarer, wenn die Geistesschwäche zunächst zu einem allgemeinen bürgerlichen Versagen und erst dieses zur rechtlichen Entgleisung geführt hat, ein unmittelbarer, wenn Verständnislosigkeit für das Gesetz, Unfähigkeit, die Folgen zu übersehen, das antisoziale Verhalten veranlaßt haben. Die Zustände, die zu dem Versagen führen, sowohl die angeborenen wie die erworbenen, entsprechen nun keineswegs einfach niederen Stufen der normalen geistigen Fähigkeiten, sondern sie sind untereinander mindestens ebenso verschiedenartig wie die akuten Geisteskrankheiten.

Ihre Zusammenfassung als „geistige Schwächezustände" im Gegensatz zu den akuten Geisteskrankheiten hat nur insofern eine Berechtigung, als bei jenen unter anderem auch eine meßbare dauernde Verminderung der intellektuellen Fähigkeiten vorliegt und akute geistige Störungen zur Zeit der Untersuchung fehlen. Im übrigen sind in dem angeborenen und erworbenen Schwachsinn krankhafte Störungen auf allen psychischen Gebieten enthalten. Die praktisch wichtigsten davon sind Affektschwankungen, deshalb Unfähigkeit zu stetiger Arbeit, mangelnde moralische Widerstandskraft bei starken sinnlichen Trieben, Intoleranz gegen Alkohol oder gegen Strapazen und schließlich die Verminderung der geistigen Leistungsfähigkeit, die den Kranken zur Arbeit und zur Übersicht über seine Handlungen unfähig macht. Alle diese Störungen können jede für sich oder willkürlich miteinander gemischt zum sozialen Versagen oder zu antisozialen Handlungen führen. Alle können in jeder erdenklichen Mischung sowohl in einem angeborenen wie in einem erworbenen Schwachsinn vorkommen, sowohl in der Idiotie wie in der Imbezillität, sowohl in den Restzuständen nach einem Jugendirresein, wie als Folge einer zerebralen metasyphilitischen Gefäßveränderung, wie einer traumatischen oder alkolistisch veränderten Konstitution. Der Prüfung allein zugänglich sind aber die Störungen der intellektuellen Fähigkeiten: des Erwerbs, der Verarbeitung und Verwertung neuer Eindrücke und alten geistigen Besitztums. Der direkten Prüfung durch den Gutachter entzogen sind die sogenannten moralischen Fähigkeiten, obgleich gerade sie bei allen Schwachsinnsstufen nicht nur

die Ursache der meisten Verbrechen, sondern auch der meisten Fälle von bürgerlicher Entgleisung überhaupt sind.

Die Kenntnis dieser Tatsache ist außerhalb der psychiatrischen Wissenschaft fast verloren gegangen, was in unserem ganzen öffentlichen Leben zu einer Überschätzung der Intelligenz auf den verschiedensten Gebieten, nicht zuletzt auf dem der Erziehung, geführt hat. Fast alle bürgerlichen Berufe fordern aber in weit höherem Grade die moralischen Fähigkeiten, die Zuverlässigkeit in Wort und Tat, die stetige Arbeitslust und die Freiheit von überstarken Leidenschaften als die verhältnismäßig viel leichter zu erwerbenden und weit allgemeiner vorhandenen intellektuellen Fähigkeiten. Man findet leicht Leute, die in ausgezeichneter Weise hochgradig verantwortliche Stellungen einnehmen, obgleich bei der Prüfung ihre geistigen Fähigkeiten an der unteren Grenze dessen stehen, was von ihrem Stande gefordert werden muß. Und andererseits gibt es bei verhältnismäßig glänzenden Prüfungsergebnissen eine nach gewissen akuten Geisteskrankheiten typisch zurückbleibende Unfähigkeit zu stetiger Arbeit, zu klarem Denken und zum Widerstand gegen antisoziale Triebe, welche die Erkrankten von da an für jede bürgerliche Stellung unmöglich machen.

Der den Intelligenzproben zugängliche Teil der geistigen Fähigkeiten hat in zweierlei Richtungen Bedeutung für die bürgerliche Leistungsfähigkeit und für die Entstehung von Vergehen. Einmal kann, wie oben schon ausgeführt wurde, die einfache Verständnislosigkeit für das Gesetz zu strafbaren Handlungen führen, oder es kann die Leistungsfähigkeit so gering sein, daß trotz seines Fleißes die Arbeit des Schwachsinnigen völlig unbrauchbar ist. Diese Fälle, zu denen die Insassen unserer Idiotenanstalten gehören, führen nur äußerst selten zur Begutachtung und wohl niemals zu Schwierigkeiten bei der Begutachtung. Hier pflegt auch dem Laien das krankhafte Versagen unverkennbar zu sein, und der Arzt hat gewöhnlich nur das klar zutage Liegende zu bestätigen. Andererseits dient die Prüfung der intellektuellen Leistung gewissermaßen als Indikator der nicht prüfbaren moralischen Qualitäten in der Annahme, daß bei krankhaften Störungen alle Fähigkeiten gleichmäßig vermindert seien. Selbstverständlich erklärt die Verminderung des Rechenvermögens, der geringe Rest Schulkenntnisse, die Unfähigkeit, einen Lebenslauf zu schreiben oder sich Berufskenntnisse zu erwerben, in keiner Weise, warum der Schwachsinnige ein Kind mißbraucht, im Zorn jemanden niederschlägt oder das ererbte Vermögen verschleudert. Wenn die gefundenen Defekte trotz-

dem die Unterlagen seiner Freisprechung, seiner Anstaltseinweisung oder Entmündigung bilden, so geschieht das eben in der stillen Voraussetzung, daß die bewiesenen moralischen Entgleisungen aus den gleichen krankhaften Ursachen entstanden seien wie die geprüften intellektuellen Schwächen.

Für diese Fälle vor allem ist der psychische Status durch die genaueste Anamnese über die Intelligenzprüfungen zu ergänzen, die das praktische Leben mit dem Untersuchten angestellt hat. Das Verständnis der Prüfungsnoten vermittelt der Abschnitt VI, 1. Zeichen des Schwachsinns, der auch die Zeiten andeutet, in denen das Leben seine schwierigeren Aufgaben stellt. Wer in diesen Proben stets oder seit bestimmter Zeit trotz äußerer günstiger Bedingungen, trotz der Erziehung zur Arbeit und dringender Notwendigkeit, zu erwerben, versagt hat, kann, wenn diese Tatsachen durch den Befund geringer geistiger Leistungen ergänzt werden, wenigstens nach den Erfahrungen in kultivierten Verhältnissen als schwachsinnig angesehen werden.

Die Anwendung der Intelligenzprüfungen ist in den letzten Jahren auf ein völlig neues Gebiet geführt worden. Man hat einsehen müssen, daß das mechanische Fragen nach dem Schulwissen bei den verschiedenartigsten Zuständen und Aufgaben eine ziemlich zwecklose Zeitvergeudung ist, zwecklos deshalb, weil das Ergebnis keinerlei Rückschlüsse, nicht mal solche auf die Größe des Wissensschatzes gestattet. Es ist heute allgemein anerkannt, daß das Schulwissen, die beliebten Fragen über politische oder geographische Kenntnisse usw. bei erwachsenen völlig Vollsinnigen in einem verblüffenden Grade fehlen können und bei zweifellos auch intellektuell Schwachsinnigen relativ häufig in hohem Grade erhalten bleiben. Es ist ferner zweifellos, daß es einen zur Prüfung geeigneten, bei jedem Gebildeten oder etwa gar bei jedem Vollsinnigen vorauszusetzenden Wissensschatz nicht gibt. Wenn man also selbst akuten Geisteskranken auch heute noch bestimmte Fragen aus dem Schulwissen vorlegt, so kann das nur im Sinne Sommers mit der Absicht geschehen, bei einer immer gleichbleibenden Fragestellung in den verschiedenen Phasen eines Krankheitsprozesses, z. B. Erregung, Hemmung, Stupor usw., verschiedene nun unter sich vergleichbare Reaktionen zu erzielen. Dann ist dies Verfahren, wenn auch keine Intelligenzprüfung, so doch ein vorzügliches Schilderungsmittel, da die wörtlich protokollierten verschiedenartigen Antworten ein recht anschauliches Bild des Krankheitsverlaufs geben können, nur muß man in den verschiedenen Zeitabschnitten genau die gleichen Fragen vor-

legen. Zur Fragestellung für solche Zwecke eignen sich die Fragebogen über Orientierung in Verbindung mit irgendeinem bestimmten Gebiet der Intelligenzprüfungen, die kurze Voruntersuchung oder der Sommersche Fragebogen selbst.

Die beiden Aufgaben bei der Untersuchung Schwachsinniger sind demnach folgende:

1. Prüfung des geistigen Inventars und der geistigen Fähigkeiten zur Entscheidung der Frage, ob ein so erheblicher Mangel der psychischen Funktionen besteht, daß die Leistungen erheblich unter dem Mittel der Intelligenz normaler Individuen von demselben Bildungsgrade und Stande stehen (Kramer).

2. Die Entscheidung der Frage, ob dieser Mangel krankhaft als Rest einer akuten Geistesstörung zurückgeblieben oder durch eine angeborene krankhafte Unfähigkeit veranlaßt ist, das in der Erziehung dargebotene Lehrmaterial in sich aufzunehmen.

Die Verminderung der Geistestätigkeit ist also sowohl nach ihrem Grade als auch nach der Art ihrer Entstehung, sowohl quantitativ wie qualitativ zu prüfen und jedes für sich von besonderer Bedeutung für Gutachten und Diagnose. Den Grad der quantitativen Verminderung drückt man zweckmäßig durch Bezeichnung der Lebensjahre aus, denen der praktisch brauchbare Teil der geistigen Leistungsfähigkeit etwa entspricht. Dabei bezeichnet das 7. Jahr, mit dem die beschränkte Geschäftsfähigkeit beginnt, die obere Grenze der tiefsten Schwachsinnsstufe der Idiotie und das 18. Lebensjahr den Beginn der vollen strafrechtlichen Verantwortung. Jedoch ist dieser Vergleich mit den Entwicklungsjahren eines Gesunden nur mit großer Vorsicht möglich, da der erworbene wie der angeborene Schwachsinn nicht zu einem einfachen gleichmäßigen Stehenbleiben auf einer festen Altersstufe, sondern vielmehr zu einer ungleichmäßigen, unharmonischen Entwicklung resp. Verarmung führt.

Die qualitative Art der geistigen Verminderung geht weit besser aus der sorgfältigen Anamnese hervor als aus der unmittelbaren Prüfung. Die Anamnese erstreckt sich auf die soziale und körperliche Entwicklung, die „Zeichen des Schwachsinns" und nach Lage des Falles auf andere Gebiete. Ebenso wie bei den akuten Krankheiten ist zunächst mit aller Sorgfalt die objektive Anamnese von Umgebung, Zeugen, Akten zusammenzustellen, dann ist der Kranke über das Gewonnene zu vernehmen. Selbstverständlich bietet auch hier die Anamnese den Ausgangspunkt für die Wahl der Untersuchungsmethoden.

Der Intelligenzprüfung im engeren Sinne liegt folgender Gedankengang zugrunde:

a) Voruntersuchungen. Die Prüfung der Leistungsfähigkeit hat nur dann einen Zweck, wenn der Zustand des Untersuchten bei der Prüfung nicht erheblich durch vorübergehende Störungen beeinträchtigt ist, wenn also das, was man prüft, der gewöhnlichen Leistungsfähigkeit des Geprüften entspricht. Derartige Störungen der Leistungsfähigkeit sind Benommenheit, Affektstörungen, Hemmung, Schweransprechbarkeit, Mißtrauen, ferner ungenügende Auffassung der Fragen (z. B. Dialekt), körperliche oder seelische Abspannung oder Erregung usw. Man vergewissert sich darüber durch die kurze allgemeine Voruntersuchung oder durch eine der fortlaufenden Arbeitsmethoden, z. B. „fortlaufendes Subtrahieren" oder die „Prüfung des selbständig Aufgefaßten". Diese Arbeitsmethoden haben den Vorteil, daß sie augenblickliche Indispositionen am deutlichsten zutage treten lassen.

b) An diese Versuche schließt sich die Prüfung des Erkennungsvermögens, der Fähigkeit, die Dinge der täglichen Umgebung zu benennen, zu unterscheiden und zu benutzen. Man beginnt hier mit den einfachen Gebrauchsgegenständen, wie man sie bei sich oder im Untersuchungszimmer vorfindet, geht rasch zu schwereren über (Hörrohr, Hammer, Löschpresse), zum Erkennen von Münzen, Bezeichnen von Tieren nach Abbildungen, Benennen von Farben u. dgl.

c) Als dritte Gruppe dient die Prüfung des Wissensschatzes, d. h. der fertigen Vorstellungen und Vorstellungsverbindungen, die der Untersuchte zur Zeit der Prüfung gebrauchsbereit hat. Hier ist es besonders schwer, sich einen Überblick über das tatsächlich Vorhandene zu verschaffen und Trugschlüsse zu vermeiden. Es mag kurz vorausgeschickt werden, welche Erwägungen für die Auswahl der Methoden im einzelnen Falle maßgebend sind. Als sicher bei jedem Vollsinnigen vorhanden kann man im allgemeinen nur das voraussetzen, was dem Gedächtnis des Untersuchten im Laufe der letzten Jahre nachdrücklich eingeprägt worden ist, und was durch Verknüpfung mit ähnlichen Eindrücken oder durch Übung aufgefrischt worden ist, falls die Erlernung weiter zurückliegt.

Die Erlernung und Auffrischung ist nun bei den verschiedenen Wissensgebieten und je nach der Lebensstellung des Untersuchten eine durchaus verschiedene. Als neu erlernt in den letzten Jahren resp. als dauernd geübt können die Berufskenntnisse vorausgesetzt werden. Wenn es gestattet sein mag, Schule und Militärzeit als Berufe der Jugend an-

zusehen, so wird man die Schulkenntnisse der erreichten Stufe (resp. militärische Kenntnisse) nur etwa in der Zeit bis zu einigen Jahren nach Beendigung des Unterrichts (oder der Militärzeit) voraussetzen dürfen. Weiterhin aber ist das Behalten des einmal Besessenen abhängig von der Häufigkeit der Übung und von der Verknüpfung mit anderen neueren Vorstellungen. Als geübt wird man z. B. allgemein Lesen und Schreiben voraussetzen dürfen. Beim Kaufmann und bei selbständiger Haushaltung auch noch das praktische Rechnen. Die Verknüpfung mit neuen Vorstellungen geschieht in unsern Verhältnissen durch die Zeitungen, durch Geselligkeit und durch die Kanzel. Wo diese neuen Anknüpfungen oder die Gelegenheit zur Übung fehlen, geht das in der Schule Erworbene verblüffend rasch verloren, ohne daß irgendwelche krankhaften Ursachen dafür vorliegen.

Ebenso wie die Bedingungen für die Bewahrung des einmal Erworbenen müssen die Bedingungen des Erwerbens selbst berücksichtigt werden, ehe Schlüsse aus dem Besitzstand gerechtfertigt sind, die Frage also, ob der Schulunterricht selbst ein genügender gewesen sei.

Neben den Gruppen des Berufswissens inklusive Militärzeit und Schulkenntnisse besitzt der Vollsinnige gewisse Kenntnisse, die ihm ohne direktes Erlernen einfach durch die Erfahrung des täglichen Lebens zu eigen werden und die deshalb, weil ihr Erwerb in weit höherem Grade ein freiwilliger ist als bei den von ihm geforderten Berufskenntnissen, ein weit besseres Maß seiner Regsamkeit geben als diese. Natürlich ist auch hier vorausgesetzt, daß Gelegenheit zu solchem Erwerb vorhanden ist. Die Magd auf ödem Heidehof wird, auch wenn sie vollsinnig ist, schließlich über einen spärlicheren Vorstellungsschatz gebieten als ein Großstadtkind mit zehn Jahren.

Von den Schulkenntnissen beschränke man sich deshalb bei Erwachsenen auf das Vorlesen eines Satzes etwa aus einer der Abschnitt VII 4 c angeführten Fabeln, auf Wiederholung des Inhalts und Schreiben nach Diktat. Beim Rechnen mag stets außer dem Zahlenrechnen das praktische Rechnen geprüft werden. Die zu den Schulkenntnissen gehörigen Gebiete der politischen, geographischen, religiösen Kenntnisse sind für die Schemata aufgenommen, obgleich ihre Prüfung ja wenig Wert hat.

An ihre Stelle setze man die Prüfung der Kenntnisse, die im praktischen Leben und im Berufe des Einzelnen erworben werden. Für einzelne Berufe sind geeignete Fragen zusammengestellt, nach deren Beispiel sich der Praktiker für seine besonderen Bedürfnisse leicht Untersuchungsgruppen

wird zusammenstellen können. So geringe Anforderungen man bei Ungebildeten an das Allgemeinwissen stellen kann, so überrascht wird man sein, mit welcher Sicherheit der Vollsinnige selbst schwierige Fragen auf seinem Arbeitsgebiete löst.

An die Prüfung des Gedächtnisinhalts schließt sich am besten die Prüfung der Vorstellungsbildung. Man glaube dabei ja nicht etwa, die ethische Leistungsfähigkeit, das moralische Denken und den Widerstand gegen Versuchungen aus der Prüfung der moralischen Begriffe zu erfahren, sondern muß sich klar sein, daß in Frage und Antwort nur die Fähigkeit geprüft wird, moralische Begriffe zu unterscheiden. Selbst diesen Erfolg erreicht man nur, wenn man über den eingelernten Schul- und Religionsmechanismus hinausfragt, wie es in dem Fragebogen versucht ist.

Das praktische Erfahrungswissen habe ich in Kenntnisse über die eigenen wirtschaftlichen Verhältnisse, in praktische Aufgaben und allgemeine Kenntnisse zerlegt. Die erste Gruppe hat sich mir besonders im Entmündigungsverfahren als wertvoll bewährt. Die beiden andern haben den oben geschilderten Vorteil, daß sie aus eigenem Antrieb erworben werden müssen. Die Unterschiedsfragen sind — wie üblich — unter dem Wissensschatz angeführt, ebenso die Abstraktions-, Urteilsfragen usw., obgleich es sich bei diesen Fragen weit mehr um die Aufgabe an den Untersuchten handelt, den Unterschied usw. zu definieren; nicht viel anders als bei den Definitionsmethoden nach Henneberg. In dieser Einreihung liegt auch eine Einschränkung — die Definition setzt eben eine gewisse sprachliche Gewandtheit voraus, die der vollsinnige Ungebildete oft nicht besitzt. So viele Einwände gegen die gutachtliche Verwertung des Wissensschatzes gemacht werden können, so ist er schließlich doch das für Nichtpsychiater überzeugendste Prüfungsmittel und mag deshalb, wo es sich um Begutachtung handelt, unter den nötigen Vorsichtsmaßregeln und neben der anamnestischen Verarbeitung der Lebensführung im Vordergrund des Interesses stehen.

d) Die folgenden Untersuchungen sollen die Leistungsfähigkeit im Augenblick der Untersuchung prüfen dadurch, daß dem Untersuchten eine bestimmte und im Gegensatz zur Gruppe c mit großer Wahrscheinlichkeit nicht von ihm erlernte und geübte Denktätigkeit aufgegeben wird. Diese Untersuchungen schließen sich teilweise noch eng an die Voruntersuchungen zur Intelligenzprüfung an, bei denen ja gleichfalls an einfachen Aufgaben die augenblickliche Disposition zur Leistung geprüft wurde.

Die Methoden, die diesen Zweck erfüllen, sind die der Merkfähigkeit und des Kombinationsvermögens, die „Auffassungsversuche“ und die fortlaufenden Arbeitsversuche. Die beliebtesten unter diesen Methoden scheinen zurzeit die Ebbinghaussche und die Bildererklärungsmethoden zu sein, die sich in der Tat in der psychiatrischen Praxis überraschend gut bewähren. Selbstverständlich wird man aus der großen Zahl der dasselbe Ziel verfolgenden Methoden einer Untersuchungsgruppe für den eigenen Gebrauch sich immer nur einige herauswählen, am besten am Gesunden einüben und immer wieder die gleichen verwenden. Die Intelligenzprüfungen müssen nun im Gegensatz zu der Untersuchung auf die akuten psychischen Störungen ziemlich gleichförmig angewandt werden, da sie ja nicht zur Entdeckung versteckter Störungen, sondern zu vergleichender Messung bestimmter Fähigkeiten angestellt werden und eben nur bei gleichmäßiger Anwendung einen Vergleich mit dem Gesunden erlauben. Ausschlaggebend ist für die Diagnose verminderter Leistungsfähigkeit lediglich der Vergleich mit den Leistungen solcher Personen, die bei gleicher Ausbildung bewiesen haben, daß sie sich im bürgerlichen Leben zu halten vermögen.

Wenn also auch die Beispiele im Text so gewählt sind, daß die leichtesten etwa der unteren Grenze des Normalen entsprechen, so muß doch der einzelne Untersucher sich von dem, was der tiefstehende „Normale“ leistet, für die Proben, die er verwenden will, selbst überzeugen.

Weiterhin muß darauf aufmerksam gemacht werden, daß fast keine Prüfung irgendeiner andern gleichwertig ist. Man kann sich leicht überzeugen, daß derselbe Untersuchte z. B. die Kräpelinschen Additionsversuche glänzend, die Bildererklärung nach Henneberg auffallend schlecht, die Ergänzung ausgelassener Silben nach Ebbinghaus gut leistet und bei der Deutung von Anekdoten und Witzen ganz versagt. Die Merkfähigkeit ist noch unabhängiger von den früher genannten Funktionen als diese voneinander. Außerdem sind selbst innerhalb der Merkfähigkeit z. B. die Prüfungen nach Bernstein, nach Ebbinghaus und nach Vierecke von so durchaus verschiedener psychologischer Bedeutung, daß die Ergebnisse der einen keinesfalls mit andern identifiziert werden können.

Daraus ergibt sich: Zunächst, daß die einzelnen psychologischen Prüfungen, so unendlich wertvoll sie dem Psychiater für das Verständnis seiner Kranken sind, bei der Begutachtung nur einen beschränkten Wert haben können. Es würde z. B. eine durchaus unberechtigte Überschätzung sein, wenn man auf den Ausfall einer oder selbst einiger Prüfungen des

„Kombinationsvermögens“ behaupten wollte, daß der Untersuchte schwachsinnig und entmündigungsreif resp. unzurechnungsfähig sei, da ja das mangelnde „Kombinationsvermögen“ das wesentlichste Kriterium des Schwachsinns darstelle. Will man Schlüsse auf Grund solcher Methoden ziehen, so muß man sich schon die Mühe machen, mindestens alle größeren methodischen Gruppen durchzuprüfen, und muß außerdem ehrlich genug sein, dem Richter den Weg der Untersuchung und die Grenzen der psychologischen Beurteilung neben dem Ergebnis mitzuteilen. Wenn man allerdings diese selbstverständlichen Forderungen wissenschaftlicher Ehrlichkeit erfüllt, so wird man sehr bald merken, daß diese künstlichen Methoden keinen psychologisch Ungeschulten überzeugen, und daß die Durchprüfung des Erfahrungswissens, der Berufskenntnisse und die sorgfältige wissenschaftliche Anamnese vor allem über die wirtschaftliche Brauchbarkeit eine dankbarere Grundlage des Gutachtens bildet.

Abgesehen aber von diesen rein praktischen Erwägungen, bieten die psychologischen Untersuchungsmethoden eine solche Fülle von Aufschlüssen über die wesentlichen Bestandteile der Geisteskrankheiten, daß ihre Anwendung jedem, der sich der Psychiatrie widmet und in dieses schwerste aller Wissensgebiete eindringen will, lieb und wert werden muß.

Aus dem oben über die Selbständigkeit jeder Einzeluntersuchung Gesagten geht weiter hervor, daß jede Gruppierung der Methoden willkürlich sein müßte. Es gibt fast keine Methode, die ganz rein eine einheitliche psychologische Funktion prüft. Bei jedem Ergebnis sind zahlreiche psychologische Fähigkeiten nebeneinander tätig, wie es ja auch sonst im gesunden und kranken Geistesleben der Fall ist. Es soll deshalb hier verzichtet werden, die Methoden mit theoretischen psychologischen Erörterungen zu begleiten. Ihre Anwendung ergibt sich aus dem Text, und die Deutung mag jedem Einzelnen die Erfahrung geben. Die Prüfung mit recht zahlreichen Methoden gibt dem Untersucher den großen Vorteil, daß bei wirklich krankhaften Prozessen die Ergebnisse aller oder der meisten Methoden sich gegenseitig bestätigen, ergänzen und schließlich ein so einheitliches Bild ergeben, daß die Konsequenzen daraus auf der Hand liegen. Ihren wichtigsten Vorteil sehe ich schließlich darin, daß sie vor der Überschätzung geringer Abweichungen schützt. Es kann nicht genug davor gewarnt werden, aus geringen oder vereinzelten Minderleistungen gutachtliche Schlüsse zu ziehen. Gerade der geübte Untersucher weiß, daß wirklich krankhafte Prozesse sehr erhebliche Veränderungen machen, die freilich

nur zutage treten, wenn man sie zu prüfen versteht. Dieses Verständnis zu vermitteln aber ist eben die Aufgabe, die das Taschenbuch erfüllen soll.

10. Anwendung des Taschenbuchs durch Juristen.

Die Kenntnis wenigstens der wichtigsten psychiatrischen Untersuchungsmöglichkeiten kann dem Richter in vielfacher Hinsicht von Nutzen sein. Einmal kommt dem Einzelrichter die weitaus größte Zahl der kriminell werdenden Geisteskranken meist viele Jahre früher vor die Augen, als dem ärztlichen Sachverständigen. Gerade die schwachsinnigen Alkoholisten, die imbezillen Landstreicher und Dirnen sind durch ihr soziales Versagen oft jahrelang ein ewiger Ärger der Polizeibehörden und der Gerichte, bis irgendein Zufall sie der Begutachtung und damit einer einfacheren Behandlung zuführt. Auch bei den schwereren Antisozialen ist es der Untersuchungsrichter oder der Verteidiger, der den Verdacht einer geistigen Störung zuerst äußern muß, wenn eine Untersuchung überhaupt stattfinden soll. Sie alle müssen deshalb in den Stand gesetzt sein, den allgemeinen Eindruck des Abnormen, den sie nach ihrer oft großen Menschenkenntnis und Erfahrung meist völlig richtig gewonnen haben, in sachlicher Weise durch einfache Methoden zu stützen. Den wichtigsten Nutzen einschlägiger Kenntnisse für den Richter sehe ich in dem Verständnis für die Grundlagen des Sachverständigen-Urteils. Es ist leider unleugbar, daß die Behandlung mancher Verbrechergruppen nach dem geltenden Recht den Anschauungen und Erfahrungen des psychiatrisch geschulten Arztes zuwiderläuft. Der Psychiater hat diesem Konflikt gegenüber drei Möglichkeiten der Stellungnahme. Er kann entweder seine wissenschaftliche Überzeugung, daß der durch Veranlagung, Erziehung und soziale Lage auf die Bahn des Verbrechens Gedrängte für den eingeschlagenen Weg nun nicht strafbar gemacht werden kann, auch wenn er die Strafbarkeit seiner Handlungen einsieht, entgegen dem geltenden Recht durchzusetzen suchen; oder er kann sich streng dem gesetzlichen Standpunkte unter Verzicht auf die zur Zeit geltenden anthropologischen Anschauungen anschließen; oder drittens: er wird völlig darauf verzichten, das Urteil beeinflussen zu wollen. Er wird im letzten Falle seine Aufgabe lediglich darin sehen, die Untersuchungsmethoden seiner Wissenschaft anzuwenden und aus dem gewonnenen Material nach klinischen Erfahrungen ein psychologisches Bild für den

Richter zu konstruieren. Er wird diesem dann aber die Entscheidung und Verantwortung überlassen, ob er das geschilderte psychologische Individuum dem Schutze des § 51 unterstellen will oder nicht. Selbstverständlich gelten diese Schwierigkeiten nur für die Grenzfälle. Wo die Tat die unmittelbare Folge einer einwandfreien Geisteskrankheit ist, oder wo ein geistig ganz gesunder Simulant einwandfrei überführt werden kann, wird auch der vorsichtigste Sachverständige sich nicht scheuen, dies auszusprechen.

Kenntnisse in der psychiatrischen Krankheitslehre sind m. E. nur durch unmittelbares Lernen am Geisteskranken, womöglich am nicht kriminellen Geisteskranken, zu erwerben, wozu jede Gelegenheit zu Kursen und Vorträgen benutzt werden sollte. Ein rein theoretisches Studium der Krankheitsformen halte ich gerade in der Psychiatrie für gefährlich, da die psychiatrischen Systeme der Vielgestaltigkeit der Geisteskrankheiten keine Rechnung tragen können und durch die Vieldeutigkeit ihrer Symptomatologie den Ungeübten gewöhnlich zu einem geradezu gefährlichen Leichtsinn in der Diagnose verführen.

Die vorliegende Anleitung vermeidet deshalb aufs sorgfältigste jeden Hinweis auf psychiatrische Diagnosen und will den nicht Sachverständigen nur in die Lage bringen, das psychisch Abnorme ganz allgemein zu erkennen und diesen Eindruck mit sachlichen Unterlagen zu begründen. Sie darf vor allen Dingen den Richter nicht zu selbständigem Urteil auf Grund der gewonnenen Befunde verführen. Ihm fehlt und muß fehlen die ein ganz andersartiges Denken voraussetzende klinische Verknüpfung der Einzelsymptome, die naturwissenschaftliche Denkrichtung, die dem ärztlichen Beruf ebenso eigentümlich ist wie das juristische Denken dem Richter. Sie will aber den Richter in den Stand setzen, ein sorgfältig ausgearbeitetes, nur in den Schlüssen vorsichtiges Urteil zu werten und zu verstehen. Gerade das Verständnis für den Weg der Untersuchung wird den Richter befähigen, bei den ärztlichen Gutachten nicht nur die unsicheren von der oben geschilderten subjektiven Stellung des Sachverständigen zum Gesetz abhängigen Endsätze, sondern auch die Grundlagen der Gutachten zu übersehen und selbständig am Endurteil mitzuarbeiten.

Insoweit das Taschenbuch dem Richter eine allgemeine Übersicht zum Verständnis des Sachverständigen-Gutachtens vermitteln soll, wird es notwendig sein, daß er sich über alle Teile wenigstens oberflächlich informiert. Es sollen für diesen Zweck keine besonderen Anweisungen gegeben werden, son-

dern nur hervorgehoben werden, daß für das Verständnis strittiger Fälle die wichtigsten Methoden die Teile der Vorgeschichte sind, die von der körperlichen und der wirtschaftlichen Entwicklung, den Vorläufern und der Entwicklung der Krankheit handeln. Von den Intelligenzprüfungen in Frageform pflegen die über die praktischen Erfahrungen, von denen in Aufgabeform die des Kombinationsvermögens für die Begutachtung besonders wichtig zu sein.

Der Untersuchungsrichter und m. E. auch der Einzelrichter soll (Kaspar Liemann) die Sachverständigenuntersuchung dann beantragen, wenn eine der folgenden Beobachtungen vorliegt:

1. Erbliche Veranlagung.
2. Schädlichkeiten, die das Gehirn betroffen haben können (Verletzungen, Hitzschlag, Lähmungen).
3. Neurosen (Hysterie, Epilepsie, Neurasthenie).
4. Alkoholismus.
5. Gewisse körperliche Erkrankungen (Diabetes, Arterienerkrankungen, Tuberkulose).
6. Sinnestäuschung, Wahnvorstellungen.
7. Beginn der Kriminalität im Greisenalter nach geordneter Lebensführung.
8. Sonderbare Sprech- oder Schreibweise.
9. Auffallendes Benehmen und auffallende Haltungen.
10. Periodische gleichmäßige Wiederkehr gewisser Handlungen, z. B. Brandstiftungen, Fortlaufen, sexuelle Delikte.
11. Auffallend geringe Intelligenz.

Die Vorschläge, die ich zur Prüfung dieser Gesichtspunkte für den Richter machen möchte, sind beeinflußt von dem Gedanken, daß bei der großen Überlastung besonders unserer Untersuchungsrichter die neue Leistung möglichst wenig Zeitaufwand erfordern darf. Das Taschenbuch enthält deshalb unter der Bezeichnung „Autoanamnese“ einen allgemeinen anamnestischen Fragebogen, der sich dazu eignet, hektographiert und jedem irgendwie Verdächtigen zur Ausfüllung vorgelegt zu werden. Aus der Beantwortung dieses Bogens ist die große Mehrzahl der in Frage kommenden Störungen schon zu ersehen.

Über das Verhalten des Gefangenen in der Haft, das am häufigsten den Anlaß zum Verdacht auf Geistesstörung gibt, werden brauchbare Meldungen vom Personal des Gefängnisses zu erzielen sein, wenn man die Beantwortung gewisser Fragen fordert, die in der Anleitung unter dem Titel „Meldevorschriften für das Wartpersonal“ zusammengestellt

sind. Diese beiden Grundlagen seines Urteils fordern von dem Richter noch gar keine besondere Arbeit. Seine eigene Tätigkeit beginnt mit der mündlichen Untersuchung. Wenn die dafür nötige Zeit von einer halben Stunde zur Verfügung steht, rate ich, die abgekürzte Voruntersuchung durchzufragen und durch das für den Fall passende Gebiet der Vorgeschichte zu ergänzen. Dabei werden vorhandene psychische Störungen fast immer zutage treten, und der Richter wird wenigstens so viel Material gewinnen, daß er seinen Antrag auf psychiatrische Untersuchung sachlich begründen kann.

Die vierte, völlig von der früheren abweichende Berührung des Richters mit psychisch Kranken ist im Entmündigungstermin. Der Entmündigungsrichter soll sich ja selbständig ein Urteil über den Geisteszustand des zu Entmündigenden bilden, und es ist fast selbstverständlich, daß er zu dem Zwecke die Wege, die zu diesem Urteil führen, kennen muß. Es ist deshalb eine eigene Disposition für den Entmündigungstermin zusammengestellt, die den besonderen Gesichtspunkten des vorwiegend vermögensrechtlichen Examens Rechnung trägt. Speziell für die Intelligenzprüfungen durch Laien möchte ich auf einige dem Arzt geläufige Erfahrungen aufmerksam machen. Ausweichende Antworten, auch wenn sie noch so plausibel erscheinen, bedeuten gewöhnlich Nichtwissen, man lasse sich also nicht mit einem „das besorgt mein Rechtsanwalt für mich“ oder „ich bin doch kein Schulkind“ abspeisen. Der durch die Intelligenzprüfungen gekränkte Stolz beweist nur ein mangelndes Verständnis für die Situation und nicht etwa geistige Überlegenheit.

Andererseits glaube der Richter nicht etwa, aus dem Ausfall seiner Intelligenzprüfungen schon sichere selbständige Schlüsse ziehen zu dürfen. Durch umfangreiche Untersuchungen ist es außer allem Zweifel gestellt, daß völlig gesunde Rekruten in einem großen Prozentsatz einen verblüffend niedrigen Wissensschatz, vor allem in dem hier absichtlich ausgelassenen Schulwissen, aufwiesen, ein Wissensschatz, der weit geringer als der der meisten Paralytiker und erworbenen Schwachsinnszustände ist. Es wird also neben dem einfachen Nachweis auffallend geringer Leistungen immer noch der Nachweis geführt werden müssen, daß die Verminderung krankhaft bedingt ist. Diese Aufgabe aber muß dem psychiatrisch Ausgebildeten vorbehalten bleiben; der untersuchende Richter kann nur den Verdacht, nicht auch den Nachweis der Geistesschwäche begründen.

Zweiter Abschnitt.

Fertig zusammengestellte Fragebogen.

---

1. Kurze Autoanamnese.

Wie heißen Sie? (Vollständiger Vor- und Zuname.)
Wie alt sind Sie?
Wann sind Sie geboren?
Was sind Sie von Beruf?
Wo haben Sie in den letzten 2 Jahren gewohnt? (Genau.)
Wo sind Sie geboren? Ehelich oder unehelich?
Sind Sie ledig, verheiratet, leben Sie getrennt, oder sind Sie gerichtlich geschieden? Wenn getrennt oder geschieden, weshalb?
Sind Ihre Eltern und deren Geschwister immer gesund gewesen?
Sind Nervenkrankheiten, Trunksucht des Vaters oder der Mutter, Gefängnisstrafen, Selbstmorde in der Familie vorgekommen?
Wie haben die Eltern miteinander gelebt?
In welchen Verhältnissen haben die Eltern gelebt? Beruf des Vaters?
Wieviel Geschwister haben Sie?
Sind davon welche nervenkrank gewesen, bestraft worden, gestorben? Woran?
In welchen Stellungen sind die Geschwister?
Haben Sie als Kind an Bettnässen, Krämpfen oder Schreckhaftigkeit gelitten?
Was haben Sie sonst für Kinderkrankheiten durchgemacht?
Wo erzogen? Bei den Eltern oder Fremden, in einer Erziehungsanstalt oder in Fürsorgeerziehung?
Aus welcher Schulklasse sind Sie entlassen worden?
Sind Sie in der Schule viel bestraft oder geneckt worden?
In welchen Fächern haben Sie gut gelernt und in welchen schlecht?

In welchem Beruf sind Sie ursprünglich ausgebildet?
In welchen Stellungen haben Sie gearbeitet?
Was haben Sie in den angegebenen Stellungen verdient?
Warum sind Sie in den angegebenen Fällen entlassen worden?
(Für Männer: Sind Sie Soldat gewesen, befördert, bestraft worden?)
Was verdienten Sie zuletzt?
Haben Sie Vermögen?
Wieviel Kinder haben Sie?
Sind die gesund?
Wie viele sind gestorben?
An welchen Krankheiten?
Haben Sie einmal mit dem Gericht oder der Polizei zu tun gehabt?
Sind Sie entmündigt oder bestraft?
Auch schon freigesprochen worden? Weshalb?
Weshalb sind Sie hier?
Was haben Sie früher für Krankheiten durchgemacht? Unfälle, Kopfverletzungen, schwere Sorgen?
Sind Sie auch mal nervenkrank gewesen?
Haben Sie einmal zu irgendeiner Zeit unter grundlosen, schwermütigen oder ängstlichen Stimmungen gelitten?
Haben Sie einmal lange Zeit nicht schlafen können?
Haben Sie einmal phantasiert, Gestalten gesehen oder Stimmen gehört?
Wann? Wo? Bei welcher Gelegenheit? Welcher Arzt hat Sie damals behandelt?
Haben Sie früher einmal auffällige Handlungen begangen, die Sie nicht gewollt hatten, und von denen Sie nachher nichts wußten?
Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch gemacht?
Haben Sie einmal Ausschläge oder Geschlechtskrankheiten gehabt?
Trinken Sie täglich Bier, Wein, Grog oder Schnaps? Oder haben Sie es früher einmal regelmäßig getrunken? Von wann bis wann?
Haben Sie einmal Aufregungszustände durchgemacht?
Wie haben Sie sich in letzter Zeit befunden?
Wie waren Appetit, Schlaf, Allgemeinbefinden?
Haben Sie an Gewicht verloren?
Fühlen Sie sich jetzt krank, oder sind Sie krank gewesen?
Wie hat die Krankheit begonnen?
Haben Sie früher schon einmal ähnliche Zustände durchgemacht?

Besondere Fragen für Frauen:

Wann ist das erste Unwohlsein aufgetreten?

Haben Sie starke Beschwerden zur Zeit des Unwohlseins gehabt, Kopfschmerzen, Anfälle, traurige Verstimmungen?

Ist es späterhin regelmäßig gekommen?

Haben Sie schwere Wochenbetten, Frauenkrankheiten oder Fehlgeburten durchgemacht?

Sind in den Schwangerschaften oder Wochenbetten Erregungs- oder Verwirrtheitszustände oder schwermütige, ängstliche Verstimmungen aufgetreten?

Haben Sie die Kinder selbst genährt? Wie lange?

Wie leben Sie mit dem Mann?

Haben Sie neben Ihrer Hausarbeit noch Erwerbsarbeit leisten müssen?

2. Abgekürzte Voruntersuchung.

Fragen in möglichst freiem, freundlichem Tone stellen. Patienten ausreden lassen; möglichst alles, was er sagt, wörtlich nachschreiben.

Vorgeschichte. Autoanamnese S. 31.

Objektive Anamnese: Entwicklung der Krankheit S. 45. Vorläufer der Krankheit S. 45. Soziale Entwicklung S. 43.

a) Körperliche Voruntersuchung.

Ernährungszustand, Kräfte, Gewicht, Temperaturmessung, Puls, Perkussion, Auskultation, Blasenstand, Ausschläge, Drüsen, Pupillen-Reaktion auf Licht und Nahsehen, Patellar- und Achillessehnenreflexe, Babinski, beiderseits Hand drücken lassen, aufrichten, aufstehen, gehen lassen, Zunge herausstrecken, Hände ausstrecken und spreizen lassen. Empfindungsvermögen mit der Nadel prüfen, Kuppe und Spitze.

b) Beschreibung des Verhaltens.

Spricht der Kranke langsam, rasch, leise, laut, zusammenhängend, verständlich? Mischt er fremde, unverständliche Worte ein? Antwortet er überhaupt nicht oder erst auf mehrfaches Drängen und Fragen? Drücken Haltung und Gesichtsausdruck eine bestimmte Gemütslage aus? Welche? Schwankt die Stimmung leicht? Ist der Gesichtsausdruck vertrauend oder mißtrauisch abweisend? Sieht der Untersuchte gedankenlos im Zimmer herum oder den Frager fest an? Folgt

der Kranke der Untersuchung? Liegt, sitzt der Kranke ruhig, oder rückt oder läuft er ruhelos herum? Kommt er Aufforderungen nach? Gibt er bei passiven Bewegungen nach oder widerstrebt er? Wie reagiert er auf schmerzhafte Reize? Wahrt er die seinem Bildungsgrade entsprechenden Verkehrsformen?

Nachschreiben spontaner Äußerungen des Kranken:

c) Psychische Voruntersuchung.

Personalien:

Wie heißen Sie?
Wie alt sind Sie?
Wann sind Sie geboren?
Was sind Sie von Beruf?

Orientierung:

Kennen Sie mich? Wer bin ich?
Wer ist . . . (anwesende Angehörige oder Pfleger)?
Wo sind wir hier?
In welcher Stadt?
Können Sie mir das heutige Datum sagen, Jahr, Monat, Tag, Wochentag, Tageszeit?
Seit wann sind Sie hier?
Sind Sie krank?
Weshalb sind Sie hier, ist irgendetwas mit Ihnen vorgefallen?

Krankhafte Wahrnehmungen, Stimmungen und Vorstellungen:

Haben Sie über Beschwerden oder unangenehme Empfindungen zu klagen?
Haben Sie irgendetwas bemerkt, was Sie sich nicht erklären konnten, was Sie beunruhigt hat?
Haben Sie Stimmen gehört?
Haben Sie schreckhafte Gestalten oder Bilder gesehen?
Machen Sie sich irgendwelche Sorgen?
Ist an Ihrem Körper alles in Ordnung?
Wie ist Ihnen zumute, heiter, traurig oder ängstlich?
Haben Sie in letzter Zeit unter Angst oder traurigen Stimmungen gelitten?
Kommen Ihnen manchmal traurige oder ängstliche Gedanken, daß Ihnen etwas passieren müßte?
Haben Sie sich ein Unrecht vorzuwerfen?

Hat Ihnen irgendjemand etwas getan, Sie verleumdet oder verfolgt? Ist Ihnen vielleicht aufgefallen, daß man im Hause oder hier oder auf der Straße über Sie gesprochen und Sie beobachtet hat?
Was wollen Sie dagegen tun?

d) Intelligenzprüfung.

Vorprüfungen:

Zählen Sie mir alles auf, was Sie hier im Zimmer sehen.
Abfragen mit geschlossenen Augen.
Vorzeigen, Benennen- und Gebrauchenlassen schwieriger Objekte. Oder:
Zählen Sie mal von 100 3 (7) ab und dann immer wieder 3 (7) ab. 97, 94, 91 usw.

Wissensschatz:

Wie heißt der Deutsche Kaiser, der Reichskanzler?
Wer war Bismarck?
Welche Aufgabe hat der Reichstag?
Seit wann besteht das Deutsche Reich?
Wann ist Weihnachten, wann ist Pfingsten?
Weshalb feiert man diese Feste?
Was bedeutet die Feier am 1. Mai?
Was bedeutet die Feier am 2. September?
Woraus wird Brot gemacht, woraus Leinewand?
Was ist alles im Kopf, in der Brust drin?
Welche Farbe hat eine 10-Pf.-Marke?
Wie frankiert man einen Brief nach Österreich, England, Amerika?
Was bedeutet die Invalidenkarte?
Was für ein Unterschied ist zwischen Fluß und Teich, zwischen Irrtum und Lüge, Unterschlagung und Diebstahl?

Merkfähigkeit und Rechnen:

Sie sollen sich 6 Worte merken: Haus, vier, kurz, Baum, Hund, rot.
Wiederholen Sie diese Worte; dazwischen sollen Sie mir etwas rechnen, dann werde ich Sie wieder fragen.
Wieviel ist 56 : 8, 9×13, 101 — 14?
Was wissen Sie jetzt noch von den 6 Worten?
Wenn 3 Eier 20 Pf. kosten, was bezahlen Sie dann, wenn Sie eins kaufen wollen?
Wenn ich zu einer Zahl 5 hinzuzähle, kommen 32 heraus; wie heißt die Zahl?

Höhere geistige Funktionen:

Was braucht ein Mann, eine Familie von Vater, Mutter und Kind zum täglichen Unterhalt?
Zu welchem Zweck, glauben Sie, habe ich mich jetzt mit Ihnen unterhalten?
Wie denken Sie sich Ihre Zukunft?
Silbenergänzung, Nachzeichnen einer Figur, Bilder-Erklärung*).
Schreibenlassen eines Lebenslaufes, eines Briefes an Angehörige oder eines Berichts über den Verlauf der Krankheit, einer Reise.

3. Schema einer Untersuchung für das Jugendgericht und für Fürsorgezöglinge.

a) Anamnese

(von Eltern oder Bekannten evtl. durch den Rechercheur aufzunehmen).

a) Heredität: Ist unter den Eltern, Großeltern, unter deren Geschwister oder unter den Geschwistern des Kranken vorgekommen: Geisteskrankheiten, Nervenkrankheiten, Selbstmord oder Selbstmordversuche, auffallende Talente, auffallende geistige Leistungen, sonderbare Charaktere, auffallende oder verbrecherische Neigungen, Ehen unter Blutsverwandten? Haben die Eltern oder Großeltern an Syphilis, Tuberkulose, Zuckerruhr oder Malaria gelitten? Leben die Eltern noch? Sind sie gesund? Hat der Vater regelmäßig oder zeitweise getrunken? Vielleicht zur Zeit der Konzeption? Wie leben die Eltern untereinander? Wieviel verdient der Vater? Was kostet die Wohnung?

b) Erste Kindheit: Erfolgte die Geburt rechtzeitig? Hatte die Mutter in der Schwangerschaft erschöpfende Krankheiten oder Aufregungen zu bestehen? Welche? Wie lange dauerte die Geburt? Waren künstliche Eingriffe erforderlich? Wurde das Kind mit der Flasche, von der Mutter oder von einer fremden Amme ernährt? War es bei der Geburt gut entwickelt? Wie war die weitere Entwicklung? Hat es auffallend lange gespeichelt, den Kopf nicht halten können, sich mit Stuhlgang schmutzig gemacht? Mit wieviel Jahren hat es gehen, spielen, sprechen gelernt? War es als Baby auffallend teilnahmlos? Wann hat es zuerst gezeigt, daß es die Mutter erkannte? Hat es in den ersten Jahren schon oder später auffallend viel masturbiert?

*) Material vgl. S. 110—112, 124—126 und das perforierte Blatt am Schlusse des Buches.

c) Krankheiten: Traten in der Kindheit Krämpfe, Gehirnerschütterung, Schreckhaftigkeit, Nachtwandeln, Bettnässen, Sprechen im Schlaf auf? Wie lange hat es das Bett naß gemacht? Hat das Kind an englischer Krankheit, an Drüsen, Skrofeln, akuten oder chronischen Hautausschlägen, Schwerhörigkeit oder ansteckenden Kinderkrankheiten gelitten? Ist das Kind mal stark auf den Kopf gefallen mit folgender Bewußtlosigkeit, Erbrechen, Krämpfen?

d) Schulzeit: Welche Schulbildung hat das Kind genossen? Galt es in der Schule als zerfahren oder lügenhaft oder böswillig? Zeigte es Neigung zum Stehlen, zur Tierquälerei, zu zotigen Redensarten oder zu zotigem Benehmen? In welchen Fächern konnte es besonders schlecht lernen? Wann und in welcher Klasse erwies es sich zuerst als unfähig? War der Schulbesuch unregelmäßig? Warum?

e) Entwicklungs-Alter: Wie war der Charakter in der Kindheit? Ist das Kind in den Entwicklungsjahren auffallend zerfahren, bleichsüchtig oder blutarm gewesen? Hat es viel über Kopfschmerzen geklagt, viel zu Bett liegen müssen?

Nur bei Mädchen:

Wann trat das erste Unwohlsein auf? Verlief es regelmäßig? Mit Kopfschmerzen oder Verstimmungen?

b) Psychische Untersuchung.

a) Personalien:

Geburtstag des Kindes? Name, Beruf, Wohnung der Eltern? Geburtstag der Mutter? Zahl der Geschwister? Geburtstage der Geschwister? Name des Lehrers, des Rektors? Mit wem ist das Kind befreundet? Name, Stand und Adresse der Eltern seiner Spielkameraden?

b) Wissen:

(Man geht von der tatsächlichen Altersstufe aus und so lange tiefer, bis das Verlangte geleistet wird.)

Mit 8 Jahren:

5 + 4 = ? 7 + 8 = ? Geldstücke bezeichnen. Einfache Sätze lesen und wiederholen.

Mit 10 Jahren:

56 : 8 = ? 2 × $^3/_8$? Wohin fließt die Elbe? Wo mündet sie? In welchem Staat wohnen wir? Woraus wird Brot ge-

macht? Straßen in der Nähe der elterlichen Wohnung. Fragen über Einkäufe.

Mit 12 Jahren (Strafgrenze):

$^3/_4$ als Dezimalzahl, $^3/_4 + ^4/_5$ (schriftlich). Von 100 fortlaufend 7 abziehen. Beschreibenlassen eines Bildes, Spazierganges, Wohnzimmers der Eltern. Wie entsteht ein Fluß? Was weißt Du von Josef, Luther, Wilhelm I., Zeppelin?

Mit 14 Jahren:

Wieviel bringen M. 5000,— zu 3 % in einem halben Jahre? Schlachten des deutsch-französischen Krieges oder der Befreiungskriege. Womit atmen wir? Was ist im Kopf, der Brust alles drin? Wozu dient das Herz? Berechnen der Größe eines Zimmers?

c) Merkfähigkeit.

Bis 12 Jahre:

6 Zahlen (im rhythmischen Ausdruck) nennen und abfragen: 1 — 5 — 15 Minuten.

Von 12—14 Jahren.

5 Finger bekommen je einen Namen. Namen beim Weisen des Fingers.

d) Kombinationsvermögen.

Bis 10 Jahre:

Kleine Fabeln (Biene und Taube) lesen, Inhalt wiedergeben lassen. Einfaches Legespiel mit Vorlage. Einfache Tierbilder bezeichnen.

Mit 12 Jahren:

Einfaches Legespiel ohne Vorlage. Sätze bilden aus 3 Worten. Assoziations-Versuche. Einfache Bilder-Serien oder Situationsbilder deuten.

Mit 14 Jahren:

Ebbinghaus, Silbenergänzungen. Fortlaufende Additionen. Doppeltes bis 3faches Legespiel, gemischt, ohne Vorlage.

e) Forensische Kenntnisse.

Darf man ein Portemonnaie, was man gefunden hat, behalten? Wird man bestraft, wenn man es nicht abgibt? Mit wieviel Jahren kann man vor das Gericht kommen? Wie und

von wem wird ein Kind unter 12 Jahren bestraft, wenn es Unrechtes begangen hat? Zähl' mal alles auf, wofür man vom Gericht, von der Polizei, vom Lehrer, von den Eltern bestraft wird. Unterschied zwischen Unterschlagung, Diebstahl, Einbruchsdiebstahl. Verständnis der vorliegenden Straftat nach sozialem und moralischem Schaden (warum wird das bestraft?).

c) Körperliche Untersuchung.

a) Größe, Entwicklung, Scham-, Achsel-, Lippen-Behaarung, Reinlichkeit, genaue Schädelmaße.
b) Äußere Zeichen von Rachitis, Skrofulose, Lues: Zähne, Rippenknorpel, Epiphysen-Verdickungen, Fontanellen, Regenbogenhaut, Handflächen, Rand der Tibia, Drüsen, Narben.
c) Zunge, auch ob Bißnarben, Wangen-Schleimhaut, Rachen, Lunge, Herz, Bauch, Bruchpforten.
d) Gang, Händedruck beiderseits. Stand der Schulterblätter bei herabhängenden Armen und beim Hochheben. Haltung des Körpers. Niederlegen und Aufstehenlassen.
e) Leichte Nadelstiche, Korneal und Rachensensibilität, evtl. Gesichtsfeld, Snellen, Augenhintergrund.
f) Pupillen-Reaktion, Patellar-Sehnen-Reflexe, Bauchreflexe, Facialisreflexe.

4. Erhebungen über den Zustand eines Angeklagten zur Zeit der Tat

(speziell zur Aufklärung von Ausnahmezuständen bei behaupteter Erinnerungslosigkeit).

a) Vernehmung des Angeklagten.

Erzählen Sie bitte alles genau, was Sie von dem, was Sie getan haben sollen, wissen, auch mit allen Einzelheiten, die Sie durch die Untersuchung erfahren haben. Auf welche Punkte der Tat können Sie sich selbst betsinnen? Wissen Sie das genau? Zu welcher Stunde hört Ihre Erinnerung auf? Von wann ab wissen Sie wieder Bescheid? Wer hat Ihnen zuerst von dem, was vorgekommen ist, Mitteilung gemacht? Wissen Sie noch genau, was man Ihnen zuerst erzählt hat, wann das war, und was Sie darauf geantwortet

haben? Von wem haben Sie die übrigen Kenntnisse über die Tat? Ist Ihnen früher schon einmal Ähnliches passiert? Haben Sie damals auch Ähnliches ausgeführt? Oder sind auch ähnliche Zustände ohne derartige Folgen aufgetreten? Sind derartige Zustände von anderen (vielleicht Ärzten) beobachtet worden? Was für eine Krankheit ist das, die zu Ihren Zuständen geführt hat? Haben Sie auch andere Zeichen dieser Krankheit gehabt? Welche? Sind derartige Krankheitszeichen auch von anderen mal beobachtet worden? Gibt es einen besonderen Anlaß, der immer zu Ihren Zuständen führt? (Vielleicht immer, wenn Sie sich aufregen, oder trinken, oder zur Zeit des Unwohlseins, wenn es besonders kalt oder warm ist, wenn Sie sich überanstrengt haben, oder kommen die Anfälle ganz ohne Anlaß?) Erzählen Sie doch alles, was Sie von dem Tage der Tat wissen! Mit wem sind Sie zusammen gewesen? Wie war Ihnen zumute, als Ihnen das Bewußtsein zurückkehrte?

Möglichst alle einzelnen Antworten sind durch Zeugenaussagen nachzuprüfen.

b) Fragen an die Zeugen.

Weitere Erhebungen von den Zeugen erstrecken sich auf folgende Fragen:

Welchen Eindruck hat der Untersuchte zur Zeit resp. am Tage der Tat gemacht? War er klar oder verwirrt? Hat er die Umgebung erkannt, mit dem richtigen Namen angesprochen, oder hat er vielleicht sinnloses Zeug gesprochen, sich im Raum nicht zurecht gefunden, die Personen verwechselt? In welcher Stimmung war der Kranke bei der Tat? Heiter, ängstlich, zerstreut, ratlos oder zornig? Hat er Gestalten gesehen oder Stimmen gehört, die nicht da waren? Ist Pat. in seinen Bewegungen besonders aufgefallen? War die Tat nach Lage der Dinge verständlich? (Bei Gewalttätigkeiten z. B. durch einen voraufgegangenen Streit.) Gehörte zur Ausführung der Tat eine gewisse Umsicht, oder war sie auch im halb verwirrten Zustand möglich? Wie verhielt sich der Untersuchte nach der Tat? Wurde er ruhiger, vielleicht bewußtlos, schlief er ein, zeigte er Reue, suchte er sich zu entfernen oder zu entschuldigen? Waren seine Züge stumpf, oder auffallend rot, oder gedunsen? Taumelte er beim Gehen? War er anders oder ebenso wie gewöhnlich — wie er jetzt ist?

Dritter Abschnitt.

Anamnestische Erhebungen.

1. Lebens- und Krankheitsgeschichte.

a) Personalien.

Vor- und Familienname des Kranken.
Wo ist Pat. geboren? Ort, Kreis.
Wo hat er sich in den letzten 2 (5) Jahren vor der Aufnahme in die Anstalt aufgehalten? Wo hat er zuletzt gewohnt?
Wann ist Pat. geboren? Jahr, Tag.
Ist er ledig, verheiratet, getrennt, wenn getrennt oder geschieden, weshalb? Ist er verlobt, hat er ein Verhältnis? Verwitwet? Name und Adresse der Ehefrau, Adresse der Eltern. Wieviel Kinder hat Pat.? Adresse der Kinder?
In welchen Vermögensverhältnissen lebt Pat. jetzt?
Ist er ehelich geboren? Welcher Konfession gehört er an?
War er schon mal in Krankenhauspflege? Wann? Wo? Wegen welcher Krankheit?
In einer Anstalt für Nerven- oder Gemütskranke (Sanatorium)? Wann, wo, wie lange, wie oft?
Ist Pat. schon einmal vor Gericht gewesen, bestraft oder entmündigt worden? Ist die Strafe verbüßt?

b) Erbliche Belastung.

Sind unter den Eltern, Großeltern, unter deren Geschwistern oder unter den Geschwistern des Kranken vorgekommen: Geisteskrankheiten, Nervenkrankheiten, Selbstmord oder Selbstmordversuch, auffallende Talente, ungewöhnliche geistige Leistungen, sonderbare Charaktere, auffallende oder verbrecherische Neigungen, Ehen unter Blutsverwandten, uneheliche Geburten?
Haben die Eltern oder die Großeltern an Syphilis, Tuberkulose, Zuckerruhr oder Malaria gelitten?
Leben die Eltern noch? Sind sie gesund? Wie alt waren sie bei der Geburt des Untersuchten?

Hat der Vater regelmäßig oder zeitweise getrunken? Vielleicht zur Zeit der Konzeption?

Wie leben die Eltern miteinander? In welchen sozialen und materiellen Verhältnissen leben die Eltern, die Geschwister? Sind Geschwister gestorben? Woran?

c) Geburt und Kindheit.

Wieviel Schwangerschaften resp. Aborte der Mutter sind der Geburt des Untersuchten vorausgegangen? Erfolgte die Geburt rechtzeitig? Hatte die Mutter in der Schwangerschaft erschöpfende Krankheiten, auffallend starkes Erbrechen, Blutungen, Gemütsleiden oder Aufregungen zu bestehen?

Wie lange dauerte die Geburt? Waren künstliche Eingriffe erforderlich?

Wurde das Kind mit der Flasche, von der Mutter oder von einer fremden Amme genährt? War es bei der Geburt gut entwickelt?

Wie war die weitere Entwickelung? Hat es auffallend lange gespeichelt, den Kopf nicht halten können, sich mit Stuhlgang schmutzig gemacht? Mit wie vielen Jahren hat es gehen, spielen, sprechen gelernt? War es als Baby auffallend teilnahmslos? Wann hat es zuerst gezeigt, daß es die Mutter erkannte?

War die Sprache lange fehlerhaft, stammelnd, lispelnd, oder ersetzte Pat. einzelne Buchstaben durch andere?

Hat es in den ersten Jahren schon oder später auffallend viel masturbiert?

Traten in der Kindheit Krämpfe, Gehirnentzündung, Ohnmachten, Schreckhaftigkeit, Nachtwandeln, Bettnässen, Sprechen im Schlaf auf? Wie lange hat das Bettnässen angehalten?

Hat das Kind an englischer Krankheit, an Drüsen, Skrofeln, akuten oder chronischen Hautausschlägen, Seh- oder Hörstörungen oder ansteckenden Kinderkrankheiten gelitten?

Ist das Kind mal stark auf den Kopf gefallen, mit folgender Bewußtlosigkeit?

Wie war der Charakter in der Kindheit?

d) Schulzeit.

Welche Schulbildung hat der Pat. genossen?

Galt er in der Schule als zerfahren, lügenhaft, unverträglich, jähzornig, böswillig, auffallend unsauber oder unpünktlich beim Schulbesuch?

Zeigte er Neigung zum Stehlen, zur Tierquälerei, zu zotigen Redensarten oder zu zotigem Benehmen?
In welchen Fächern konnte er besonders schlecht lernen? Wann und in welcher Klasse erwies er sich zuerst als unfähig? War der Schulbesuch unregelmäßig? Warum?

e) Pubertätsalter.

Bei Jünglingen:

Wann fand der Stimmbruch statt? Wann die erste Bartentwicklung? Ist etwas über häufige Pollutionen, Masturbation, wechselseitige Masturbation bekannt geworden? Wie lange haben diese Gewohnheiten gedauert?

Bei Mädchen:

Wann war das erste Unwohlsein? War das Unwohlsein später regelmäßig, selten, aussetzend, schwach, stark, wie lange dauert es? War es mit starken Schmerzen verbunden, mit Krämpfen, mit heftigen Kopfschmerzen, Ohnmachten? War das Mädchen bleichsüchtig? Worin äußerte sich die Bleichsucht?

Gemeinsam:

War der Charakter in den Entwicklungsjahren auffällig gereizt, schwärmerisch? Hatte sich Pat. in den Entwicklungsjahren auffallend verändert? Sind phantastische Ideen, auffallend schwärmerische Freundschaftsverhältnisse, geschlechtliche Beziehungen zum eigenen Geschlecht oder zu Blutsverwandten bekannt geworden?
Hat die Ernährung während der Pubertätszeit gelitten? Sind Ohnmachten, Krämpfe, Schlaflosigkeit, Schwindelanfälle, Verstimmungen, Kopfschmerzen aufgetreten?

f) Soziale Entwicklung.

Welche Berufsausbildung hat der Kranke nach der Schulzeit genossen? Hat er den Lehrbrief bekommen? Ausgelernt? In welchen Berufen ist er im Laufe seines Lebens tätig gewesen? Hat er seinen Beruf auffallend oft gewechselt? Ist er allmählich zu einer besseren Stellung oder zu geringeren Stellungen gelangt? Können Zeugnisse oder Ausweispapiere vorgewiesen werden? War Pat. Soldat? Ist er befördert worden? Vorzeitig entlassen worden? Ist er beim Militär bestraft worden? Hat er sich in auffälliger Weise über schlechte Behandlung beim Militär beklagt? Gilt der Kranke als brauchbar in seinem Beruf? War er zu selbständigen

Arbeiten brauchbar oder nur dann, wenn ihm die Aufgaben gestellt wurden?

Aus welchen Gründen ist er immer entlassen worden?

Wegen moralischer Vergehen, Trunksucht, Unzuverlässigkeit, ungleichmäßiger Arbeit, Unverträglichkeit? Oder weil er zu den erforderlichen Arbeiten nicht brauchbar war?

Bei der Behauptung, daß die Entlassung wegen Arbeitsmangels erfolgt sei: Sind gleichzeitig mit ihm eine größere Anzahl entlassen worden?

Ist die Brauchbarkeit des Kranken oder sein Verdienst von irgend einem erkennbaren Zeitpunkt an auffällig schlechter geworden? Wann? Womit begründet er sie?

g) Charakter.

Ist der Kranke sparsam, strebsam, fleißig?

Hat er sich etwas zurückgelegt?

Oder in anderer Weise für ungünstige Zeiten gesorgt?

Zeigt er Sinn für die Familie?

Sorgt er für seine Familie, Eltern oder Kinder?

Gilt der Kranke bei seiner Umgebung als gutmütig, beschränkt, albern oder besonders harmlos, so daß man ihm leicht etwas weiß machen kann, oder daß er gleich alles tut, was man von ihm verlangt?

Mit wem verkehrte er am liebsten? Ist er menschenscheu?

Ist er rachsüchtig, grausam, undankbar, sehr reizbar oder hochmütig?

Ist er sehr eitel, lügt, schwatzt, übertreibt, renommiert er gern?

Neigt er zum Putz, zu übertriebenem Kleideraufwand?

Wie verhält er sich, wenn er etwas getrunken hat?

Liegen ähnliche Neigungen wie das, was zu seiner Untersuchung führt, in seinem Charakter? Traut man ihm das zu?

h) Überstandene Schädigungen.

Lagen in dem Berufe des Pat. besondere Schädlichkeiten (große Verantwortung, Nässe, Tabak, Blei)?

Hat er regelmäßig ein Medikament genommen (Morphium, Kokain, Veronal, Aspirin, Salizyl)?

War Pat. gewohnt, regelmäßig Grog oder Schnaps zu genießen?

Bei der Arbeit oder abends? Eventuell wieviel?

Hat Pat. überstanden: Lungenkatarrhe, Typhus, Malaria, Lues, Blutverluste, Puerperalfieber, schwere Geburten, Sorgen,

erschütternde Ereignisse, Unfälle, Kopfverletzungen? Wann?
Hat Pat. (resp. die Ehefrau) Fehlgeburten gehabt?
Wieviel Kinder leben? Sind gestorben?
Ging dem Beginn der jetzigen Krankheit irgendeine der oben genannten Schädlichkeiten unmittelbar voraus?

i) Psychische Vorläufer der Erkrankung.

Allgemeiner Charakter bis zur Erkrankung (cf. g)?
Hat Pat. sich darin seit einem bestimmten Zeitpunkte geändert? Inwiefern? Seit wann?
Litt Pat. früher oder in der letzten Zeit einmal an Schwindelanfällen, Ohnmachten, Herzklopfen, Krämpfen, Bettnässen, Schlaflosigkeit, Lähmungen?
Hat er einmal unverständliche Handlungen ausgeführt, von denen er nachher nichts wußte?
Hatte er früher einmal an auffallender Reizbarkeit oder gedrückter Stimmung gelitten?
Hat der Kranke Zeiten gehabt, in denen er ohne besonderen Grund auffallend müde und still war, oder andere Zeiten, in denen er besonders unternehmungslustig war?
Sind diese Verstimmungen mit periodischer Gleichmäßigkeit wiedergekehrt, oder haben sie sich in bestimmter Reihenfolge abgelöst, wie z. B. erst Heiterkeit, dann Schwermut? Ist der Pat. in dem Zwischenraume zwischen den Anfällen völlig gesund und leistungsfähig gewesen, oder sind Reizbarkeit, Gleichgültigkeit, Interesselosigkeit, Mißtrauen oder Wahnvorstellungen zurückgeblieben?

k) Bisheriger Verlauf der Krankheit.

α) bei akuten Krankheiten.

Wie lange ist Pat. schon krank? Wie oder wann sind die ersten Zeichen der Krankheit bemerkt worden? Wie brach die Krankheit aus, plötzlich oder allmählich?
Sind vorher keinerlei Charakterveränderungen oder nervöse Störungen bemerkt worden?
Hat Pat. stark an Gewicht verloren? Wieviel? Hat Pat. einige Zeit die Nahrung verweigert? Nicht geschlafen?
Hat Pat. Wahnideen geäußert? Von Stimmen erzählt? Hat er verkehrt gesprochen, so daß das, was er sagte, ganz unverständlich war, oder so, daß er unvernünftige Ideen vorbrachte? War er zuerst heiter, traurig, ängstlich, verwirrt? Sind Selbstmordideen geäußert? Ist ein Selbstmordversuch unternommen worden oder zu erwarten?

War der weitere Verlauf stetig, steigend oder nachlassend, schwankend? In welcher Reihenfolge traten die einzelnen Störungen auf? Z. B. erst Sinnestäuschungen, dann Erregung, oder umgekehrt?

Ist Pat. schon ärztlich behandelt? Von wem? Welche Medikamente oder Maßnahmen wurden angewandt?

War Pat. wegen der gleichen oder ähnlicher Krankheit schon in Krankenhaus- oder Anstaltspflege oder in einem Sanatorium, wann, wie lange?

Aus welchem Anlaß erfolgte die Aufnahme? Polizeilich? Im Anschluß an ein Gerichtsverfahren?

β) bei Krampfleiden.

In welchem Lebensjahre sind die ersten Krampfanfälle aufgetreten? Von Anfang an in ausgebildeter Form, oder welche Vorzeichen sind beobachtet worden? Ist irgendein Anlaß bekannt, an den sich der erste Anfall angeschlossen hat?

Ließ sich ein regelmäßiger Einfluß von Unwohlsein oder von Ärger, von Überanstrengung, von Alkoholmißbrauch, von bestimmten Arbeiten, von starker Hitze, Unfällen und Kopfverletzungen auf den Ausbruch der Anfälle nachweisen?

Treten die Anfälle gruppenweise auf, vorwiegend Tag oder Nacht? In regelmäßigen Pausen? Wie oft?

Geht dem Anfalle irgendeine bestimmte Empfindung regelmäßig voraus? Wie lange voraus? Hat der Kranke Zeit, sich hinzulegen?

Wie beginnt der Anfall? In bestimmten Gliedern? Schreit der Kranke? Stürzt er zu Boden?

Schilderung des Anfalls. Schlägt er um sich oder liegt er starr? Ist er dunkelrot oder blaß? Beißt er sich auf die Zunge? Hat er blutigen Schaum vor dem Munde? Läßt er Kot oder Urin unter sich? Liegt der Kranke während des Anfalls in tiefer Bewußtlosigkeit, oder wirft er sich wütend herum (etwa wie ein ungezogenes Kind)? Ist der Kranke aus den Anfällen aufzuwecken?

Wie benimmt er sich nach Beendigung des Anfalls? Schläft er? Wie lange?

Treten Verwirrtheitszustände oder Erregungszustände im Zusammenhang mit den Anfällen auf? Vor oder nach dem Anfall? Wie lange? Weiß der Kranke nach dem Anfall, was mit ihm geschehen ist?

Treten außer den Krampfanfällen noch andere nervöse Störungen auf? Ohnmachten, nächtliches Bettnässen,

Schwindelanfälle, periodische Kopfschmerzen, Sehstörungen (Flimmern)? Im Anschluß an die Anfälle, als Ersatz für sie oder ganz unabhängig von ihnen?

Sind geistige Störungen bei dem Kranken aufgetreten, Erregungszustände, Verwirrtheitszustände, zeitweise schwermütige, ängstliche oder zornige Verstimmungen, periodisches Trinken? Haben die geistigen Fähigkeiten seit Beginn der Anfälle nachgelassen, Gedächtnis, allgemeine Interessen? Hat der Kranke Neigung zu Frömmigkeitsäußerungen, zu phantastischen Plänen?

2. Erhebungen über den weiteren Verlauf überstandener Geisteskrankheiten (Katamnese).

Sind auch jetzt noch auffällige geistige Veränderungen zeitweise oder dauernd wahrnehmbar?

Wie lange nach der akuten Krankheit (Entlassung) sind derartige Veränderungen noch wahrgenommen worden? Worin bestehen oder bestanden dieselben? Ist der Zustand seit der Erkrankung gleichmäßig besser oder ungünstiger geworden, oder ist der Verlauf ein schwankender gewesen (Stimmungsschwankungen, Schwankungen in der Arbeitslust, im Körpergewicht)?

Ist das jetzige Verhalten ganz genau so wie vor Ausbruch der Erkrankung, oder welche Änderungen gegen früher sind ersichtlich? Ist der Kranke jetzt ebenso wie früher imstande, selbständige, größere Übersicht erfordernde Berufsarbeit zu leisten? Hat er früher besondere Liebhabereien oder allgemeine Interessen gezeigt, sind diese unverändert bestehen geblieben? Ist die positive Arbeitsleistung des Kranken die gleiche wie früher?

Wie ist das Benehmen des Kranken im täglichen Leben? Haben sich seine Sprechweise, seine Verkehrsformen gegen früher verändert? Nimmt er an den Schicksalen der Familie ebenso wie früher Anteil? Zeigt er besondere Neigung zu Äußerlichkeiten, zu schlechter Gesellschaft? Sind besondere Gewohnheiten im täglichen Leben zu beobachten?

Sind auch einmal wieder Sinnestäuschungen oder Wahnideen aufgetreten? Ist der Kranke mißtrauischer geworden als vordem? Sind körperliche oder nervöse Störungen zu beobachten gewesen (Krämpfe, Lähmungen, Kopfschmerzen,

Sprach- oder Schreibstörungen, Schlaf- oder Appetitlosigkeit).

Macht der Kranke seinen Angehörigen noch jetzt Vorwürfe, daß sie ihn einer Anstalt eingewiesen hätten? Spricht er über seine Krankheit? Sind ihm noch alle Einzelheiten der Krankheit gegenwärtig? Ist er innerlich überzeugt, daß ihm Unrecht geschehen sei, oder sieht er ein, daß er krank gewesen ist?

3. Anweisungen für Pflegerberichte.

a) Fragen, die von dem Begleiter (Adresse) bei der Einweisung zu erheben sind.

Anlaß der Aufnahme? Aufnahme-Diagnose? Behandelnder Arzt? Sind Gewalttätigkeiten bei oder vor der Einlieferung vorgekommen? Sind die Angehörigen bekannt? Adresse derselben? Wer hat die Aufnahme veranlaßt?

Zu beachten: Wie benimmt sich der Kranke, fügt er sich in die Aufnahme? Läßt er sich baden, ist er sauber oder verwahrlost, finden sich am Körper Wunden, Druckstellen? Waffen in den Kleidern? Gefährliche Körperschwäche? Pulszahl bei der Aufnahme? Temperatur? Unterleibsbrüche? Dicke Füße?

b) Bericht der Nachtwachen.

Hat der Kranke geschlafen, verläßt er das Bett, drängt er fort, lärmt er, sind im Laufe der Nacht Krämpfe oder Zuckungen aufgetreten, hat der Kranke im Schlaf gesprochen, hat er nachts Kot oder Urin oder beides unter sich gehen lassen?

c) Disposition für den täglichen Bericht des Oberpflegers.

Ausschläge, Entzündungen, Blutungen, blaue Flecke, die von Schlägen herrühren könnten? Hat der Kranke gehustet, gebrochen, Durchfall oder Verstopfung gehabt? Weist er Teile oder alles von der angebotenen Nahrung zurück? Ist die Harnblase gefüllt?

Sind Krampfanfälle aufgetreten? Beginnen die Anfälle mit einem Schrei? Ist der Kranke im Anfall stark hingefallen? War das Gesicht im Anfall blaß oder rot oder gedunsen, mit Schaum vor dem Mund? Haben die Glieder gezuckt oder starr oder schlaff gelegen, oder um sich ge-

schlagen? Welcher Körperteil war am meisten beteiligt, in welchem fingen die Krämpfe an? Wie lange dauerte der Anfall etwa? Wie benahm sich der Kranke nachher?

Bietet der Kranke irgendetwas Auffallendes, wie z. B. Stehlen, Naschen, maßloses Essen, Masturbieren, Gesichter schneiden, merkwürdige Stellungen? Äußert er Wahnideen, Verfolgungsideen, Größenideen, die er dem Arzt nicht erzählt hat? Besteht Verdacht auf Sinnestäuschungen? Spricht er davon? Verstopft er sich die Ohren? Horcht er oft nach einer Seite? Spricht er mit sich selbst oder nach irgendeiner Richtung hin? Greift er nach Gestalten?

Sind Zeichen von Verwirrtheit aufgetreten? Findet er sein Bett nicht wieder, hält er sich rein? Spricht er manchmal unzusammenhängend? In welcher Weise? Ist er aufgeregt, reizbar, gedrückt, bescheiden, abweisend, heiter, ängstlich, schwankt die Stimmung? Besteht Verdacht auf Selbstmord, Entweichen, Angriffe auf die Umgebung?

Wünsche, Klagen, Beschwerden des Kranken? Ist er zum Arbeiten zu bringen, wie stellt er sich dabei an? Schließt er sich anderen Kranken an? Wie benimmt er sich im Verkehr mit seinen Angehörigen? Beklagt er sich über die Anstalt? Drängt er fort, ist er auffallend gleichgültig gegen seine Familie?

Vierter Abschnitt.

Körperliche Untersuchungen.

---

1. Schema für den allgemeinen körperlichen Befund in funktioneller Reihenfolge.

a) Allgemeiner Teil.

1. Konstitution (Natur, Knochenbau, Muskulatur, Kräftezustand, Fettpolster).
2. Lage (aktive oder passive Rückenlage).
3. Gesicht: Farbe (Wangen, Lippen, Konjunktiven). Ernährung. Turgor. Ausdruck. Blick.
4. Haut: Farbe, Exantheme, Ödeme, Narben, Decubitus. Beschaffenheit (trocken, feucht). Temperatur.
5. Puls: Frequenz, Rhythmus. Beschaffenheit der Arterie (geradlinig, geschlängelt, sklerosiert). Spannung der Arterie. Beschaffenheit der Pulswelle.
6. Respirationsfrequenz und Typus.
7. Auffällige Symptome. Mißbildungen.
8. Klagen des Patienten.

b) Digestionsapparat.

Lippen. Zunge. Rachen. Appetit. Durst. Erbrechen. Stuhlgang. Palpation des Abdomens (schmerzhafte Stellen? Tumoren?), der Leber und Milz. Perkussion des Abdomens (Magen, Leber, Milz, Geschwülste).

c) Respirationsapparat.

Rhythmus der Atmung. Bau des Thorax. Atembewegungen (Frequenz, Typus, Ergiebigkeit, Einseitigkeit). Husten und Auswurf. Perkussion. Auskultation. Pektoralfremitus und Bronchophonie.

d) Zirkulationsapparat.

Inspektion der Herzgegend. Inspektion der großen Gefäße. Palpation des Herzstoßes. Palpation des Spitzenstoßes. Perkussion des Herzens. Auskultation des Herzens. Auskultation der großen Gefäße.

e) Urin.

Willkürliche, schmerzhafte Entleerung. Menge in 24 Stunden. Spezifisches Gewicht. Farbe, Trübung. Reaktion. Eiweiß und Zucker. Sedimente, Formbestandteile.

2. Schema für den neurologischen Befund in funktioneller Reihenfolge*).

a) Untersuchung des Schädels.

b) Bewegungsvermögen.

Grobe Kraft.

1. Gesicht: Lidspalten gleich, stehen die Bulbi parallel und ruhig, Pupillen gleich, Stirnfalten gerade verlaufend, symmetrisch ausgebildet? Beide Gesichtshälften gleich? Nasenlöcher gleich? Mund gerade oder schief? Nasolabialfalten gleich tief?

2. Augenbewegungen (nach links, rechts, oben, unten, Konvergenz). Stirnrunzeln, Augenschließen, Mundspitzen, Lachen, Backenaufblasen, Kaubewegungen.

3. Lage der Zunge in der Mundhöhle. Stand des weichen Gaumens und Zäpfchens. Zunge herausstrecken, nach links und rechts bewegen.

---

*) Nach Goldscheider, Diagnostik der Krankheiten des Nervensystems.

4. Gaumenheben durch Intonieren. Schluckvermögen. Stimmbildung. Laryngoskopie.

5. Hals und Nacken.
   a) Kopfhaltung.
   b) Kopf nach links und rechts drehen, nach vorn und hinten beugen, nach links und rechts neigen lassen (event. mit Widerstand). Auf Nackensteifigkeit achten.

6. Schultern und Arme.
   a) Stand der Scapula, Haltung der Arme, Stellung der Finger, Volumen des Daumen- und Kleinfingerballens; Spatia interossea.
   b) Schultern heben, Arme heben (bis zur Vertikalen), abduzieren, vorgestreckt halten. Unterarm beugen, strecken; pronieren, supinieren (letzteres bei fixiertem Oberarm bzw. bei im Ellbogengelenk gekrümmter Haltung). Hand und Finger beugen und strecken, Finger spreizen, Daumen einschlagen, Händedruck.

7. Beine.
   a) Auf den Stand der Trochanteren achten.
   b) Oberschenkel heben, ab- und adduzieren, drehen. Unterschenkel beugen und strecken. Füße beugen und strecken, ad- und abduzieren. Zehen beugen und strecken.

8. Rumpf.
   a) Unterleib eingezogen? Wirbelsäule (Form? Steifigkeit? Schmerzhaftigkeit auf Druck?). Gesäß (Hypertrophie?).
   b) Atmung (beide Hälften gleichmäßig?). Tief respirieren, husten. Event. Rumpf nach vorn, hinten, seitlich beugen.

9. Blase und Mastdarm (Erkundigung).

Kompliziertere usuelle Bewegungen.
(Prüfung der Koordination.)

10. Gleichgewichtshaltung bei geschlossenen Augen.

11. Gang. Bewegungen der Beine in liegender Stellung: Beine übereinander schlagen, Gehbewegungen machen, Ferse auf das anderseitige Knie legen, Fuß zu einer bestimmten Höhe erheben, mit dem erhobenen Fuß in der Luft einen Kreis beschreiben usw.

12. Ergreifen von Gegenständen mit der Hand, mit dem Finger nach einem bezeichneten Punkt fahren (bei geöffneten und geschlossenen Augen).

c) Elektrische Untersuchung der motorischen Nerven und Muskeln.

Palpation und Perkussion der Nervenstämme und Muskeln.

d) Empfindungsvermögen.

1. Subjektive Angaben (Klagen und Beschwerden des Kranken). Taubheitsgefühl, Kriebeln, Schmerzen usw.
2. Objektive Prüfung.
   a) Sensibilität der Haut.
      α) Feinste Berührungen.
      β) Lokalisation mäßig starker Berührungen.
      γ) Schmerzhafte Nadelstiche.
      δ) Kälte.
      ε) Wärme.
   b) Muskelsinn.
      α) Empfindung passiver Bewegungen.
      β) Lagewahrnehmung.
      γ) Schwere-Empfindung.
   c) Gesichtssinn, Sehschärfe, Augenhintergrund, Gesichtsfeld, Farbensinn.
   d) Gehör (Rinnescher, Webers Versuch, Gehörsfeld).
   e) Geruch.
   f) Geschmack.

e) Reflexe.

1. Haut- bzw. Schleimhaut-Reflexe. Sohlen-, Handflächen-R., Kremaster-R., Bauchdecken-R., Lid-R., Bindehaut-R., Gaumen-R.
2. Sehnen- und Periost-Reflexe. Patellar-R., Achillessehnen-R., Fußklonus-, Handgelenk-, Radius-, Bicepssehnen-Reflex.
3. Pupillen-Reflex (Verengerung auf Lichteinfall, bei Konvergenz bzw. Akkomodation).

f) Diagnostische Maßnahmen besonderer Art.

Ophthalmoskopie.
Spinalpunktion.

3. Schema für den körperlichen Befund

in morphologischer Reihenfolge nach Raecke (Grundriß der psychiatrischen Diagnostik).

1. Allgemeiner körperlicher Zustand: Alter, Gewicht und Größe. Temperatur. Allgemeiner Habitus: Knochenbau. Muskulatur. Ernährung. Hautfarbe. Haltung. Gesichtsausdruck. Tätowierungen. Mißbildungen. Struma.

2. Schädel: Maße und Form. Druck- und Klopfempfindlichkeit (Kephalgie). Perkussionsschall. Narben.

3. Augen: Pupillen: Weite, Form, Differenz, Licht- und Konvergenzreaktion. Augenbewegungen, Nystagmus. Exophthalmus. Augenhintergrund. Sehschärfe. Gesichtsfeld. Korneal- und Konjunktival-Reflex.

4. Der übrige Kopf: Facialis. Trigeminus. Zunge. (Bißnarben!) Gebiß. Harter und weicher Gaumen. Rachenreflex. Schlucken. Geruch. Geschmack. Gehör.

5. Sprache: Stottern, Dys- und Anarthrie (bulbäre Sprache). Skandieren. Artikulatorische Sprachstörung mit Silbenstolpern. Aphonie. Aphasie (sensorische und motorische). Alexie. Agraphie. (Sonstige Schreibstörungen.)

6. Arme: Lähmung. Spannungszustand der Muskulatur. Atrophie. Sehnenreflexe. Druckempfindlichkeit der Nerven. Ataxie. Tremor. Krampfzustände.

7. Beine: Wie bei den Armen (Kniephänomen!) Außerdem Patellar- und Fußklonus. Zehenreflex. Gang. Romberg.

8. Rumpf: Hautreflexe. Vasomotorisches Nachröten. Mechanische Muskelerregbarkeit. Druckpunkte. Wirbelsäule. Blasen- und Mastdarmstörungen. Decubitus.

9. Sensibilität: Tast-, Schmerz- und Temperaturempfindung. Ortssinn. Lagegefühl. Vibrationsgefühl. Kraftsinn. Stereognostischer Sinn.

10. Innere Organe: Herz. Puls. Lungen. Bauchorgane. Urin.

11. Liquor cerebrospinalis: Druck. Aussehen. Chemische und mikroskopische Untersuchung.

12. Elektrische Untersuchung: Faradisch und galvanisch. Quantitative und qualitative Änderung der Erregbarkeit.

13. Eventuell Krampfanfälle: (Epilepsie. Jackson. Hysterie).

4. Ausführungserläuterungen für die wichtigsten körperlichen Untersuchungsmethoden
in der Reihenfolge des funktionellen Schemas.

a) Allgemeiner Zustand.

1. Größe: In Zentimeter zu messen*).

Längenmaße (nach Quetelet). (Nur wenn Eltern und Geschwister Durchschnittsgröße haben, sind pathol. Maße verwendbar.)		Kopfumfang		Gewicht	
	etwa	Neugeboren	34 cm		etwa
6 Jahre	104 cm	½ Jahr	40 „	6 Jahr	18 kg
7 „	110 „	1 „	43,5 „	7 „	20 „
8 „	115,5 „	2 „	46 „	8 „	22 „
9 „	121,5 „	3 „	46,5 „	9 „	24 „
10 „	126 „	5 „	47 „	10 „	25 „
11 „	130 „	7 „	47,6 „	11 „	26 „
12 „	135 „	9 „	48 „	12 „	28 „
13 „	142 „	11 „	48,5 „	13 „	32 „
14 „	148 „	14 „	49 „	14 „	36 „

Körpergewicht in Kilogramm. Bei keiner psychischen oder nervösen Erkrankung darf die fortlaufende Messung des Körpergewichts versäumt werden. Mindestens alle Wochen wiegen! Bei abstinierenden Kranken jeden zweiten Tag! Aufzeichnung der Gewichte in Kurvenform. Vergleich mit dem letzten Gewicht in gesunden Jahren, mit dem höchsten erreichten Gewicht und mit der Körpergröße. Körpergröße in Zentimeter zu Gewicht in Kilogramm gleich 5 : 2.

2. Puls: Unterdrückbar? Steil? Schnellend? Klein? Gleichmäßig? Ziffer in der Minute. Dorsalis pedis: Ob Puls fühlbar. Temporalis: Ob sklerosiert, stark geschlängelt, stark sichtbar, beiderseits gleich stark hervortretend. Aorta: Ob verbreitet. Aorta und Tibialis ant.: Ob starker Schatten im Röntgenbilde. Blutdruckapparat (sehr brauchbar: Manometer von Riva Rocii mit der Manschette von Recklingshausen, 77,00 M. Gärtners Tonometer 50,00 M, nach Deneke [käuflich bei H. Kellner, Hamburg 5] 39,00 M).

---

*) Aus Weygandt, Die geistige Minderwertigkeit im schulpflichtigen Alter. Bayr. Med.-Beamten-Verein, 2. Landes-Vers., 3. Juni 1905.

3. Mißbildungen und Degenerationszeichen. An den Ohren: Angewachsensein, Fehlen des Ohrläppchens. Fehlen des Helix oder des Antihelix, Henkelohr, Morelsches Ohr: Großes abstehendes Ohr mit niedrigen Leisten mit flachen Gruben. Darwinsches Spitzohr: Mit vorspringendem Tuberculum Darwini am obersten Teil des absteigenden Helix. Stahlsches Ohr: Verbreiterung des queren, oberen Teils des Helix. Wildermuthsches Ohr: Mit stark vorspringendem Antihelix. Am übrigen Körper: Hasenscharte, Wolfsrachen, verschiedene Färbung der Augen. Retinitis pigmentosa, Schiefstand der Zähne, schmaler, kahnförmiger Gaumen. Markhaltige Nervenfasern an der Papilla Optici. Zusammengewachsene oder überzählige Finger und Zehen, zusammengewachsene Augenbrauen. Abnorme Haarentwicklung. Albinismus. Überzählige Brustwarzen, Spina bifida. Verbildung der Geschlechtsteile. Infantilismus. Hohe Stimme, ungenügende Entwicklung der Geschlechtshaare und des Bartes. (Die Degenerationszeichen haben nur bei starker Häufung einige Bedeutung, sonst haben sie lediglich den Wert, Gutachten und Krankengeschichten sorgfältiger und vollständiger erscheinen zu lassen).

b) Verdauungsapparat.

Zeichen des Hungerzustandes: Foetor ex ore, belegte Zähne und Zunge, Acetonurie. Zahndefekte: Lückenhaft, unregelmäßiig: Rhachitis. Abgeschliffen: Knirschen, Mastikation. Zackige Schneidezähne: hereditäre Lues (+ Keratitis + Schwerhörigkeit: Hutchinsons Trias). Speicheln: Mastikation oder zentraler Reiz.

c) Urinuntersuchungen *).

Eiweiß-Kochprobe. Der vorher filtrierte Harn wird bis zum Sieden erhitzt; Zusatz von einigen Tropfen Acid. nitr. pur. Trübung oder flockiger Niederschlag zeigt Eiweißkörper (Serumalbumin und Serumglobulin) an. Trübung beim Kochen, die auf Zusatz von Acid. nitr. pur. verschwindet, rührt von Phosphaten her. Entsteht beim Kochen keine Trübung, ist trotzdem Acid. nitr. pur. zuzusetzen, da Eiweiß durch Erhitzen nur im sauren, nicht im neutralen oder alkalischen Harn ausfällt.

*) Aus dem Taschenheft d. Leipziger Ärzte-Verbandes.

Eiweiß, quantitativ. Bestimmung durch Esbachs Albuminimeter. Harn filtriert, bis Marke U eingefüllt, darauf bis Marke R Esbachs Reagens (Acid. picrin. 1,0, Acid. citrici 2,0, Aq. dest. ad 100,0). Durch mehrmaliges Umlegen des Röhrchens vorsichtig mischen, darauf 24 Stunden stehen lassen. Die Zahlen der Skala geben Gramme Eiweiß im Liter Harn. Neutraler oder alkalischer Harn ist vorher mit Essigsäure anzusäuern, sehr eiweißreicher Harn vorher zu verdünnen.

Zucker, qualitativ. Nylandersche Probe: Harn mit $^1/_{10}$ Vol. Nylanders Reagens (Bismuth. subnitr. 2,0, Tartarus natronat. 4,0, Liq. kal. caustici [8 %] ad 100,0) versetzt und mehrere Minuten gekocht. Zucker gibt eine tiefschwarze Färbung (Reduktion des Bismuth. subnitr. zu metall. Wismut). Scharf (noch 0,05 % Zucker ist nachweisbar) und bequem.

Quantitativ: Titrierung mit Fehlingscher Lösung. Diese wird der besseren Haltbarkeit wegen in nachbenannten beiden Lösungen getrennt aufbewahrt und erst unmittelbar vor dem Gebrauche zu genau gleichen Teilen gemischt. Erforderliche Instrumente: Eine auf 1 ccm und eine auf 2 ccm graduierte Pipette. I. Lösung: Cupr. sulf. pur. crystall. 34,639, Aq. dest. ad 500 ccm. II. Lösung: Tart. natronat. cryst. 173,0, Liq. natr. caust. (spez. Gew. 1,14) 350,0, Aq. dest. ad 500 ccm. 2 ccm dieser frisch gemischten Fehlingschen Lösung werden mit etwas Aq. dest. verdünnt und erhitzt. Hierzu unter fortwährendem Kochen tropfenweise mittels Pipette Harn zusetzen, bis die blaue Farbe verschwindet. Abzählen, wie viel Tropfen Harn 1 ccm enthält. Da 2 ccm Fehling durch 0,01 Zucker reduziert werden, so enthalten die zur Reduktion dieser 2 ccm nötigen Tropfen Harn = 0,01 Zucker. Gesetzt nun, 1 ccm Harn enthielte 20 Tropfen, und es wären 7 Tropfen dieses Harns zur Reduktion erforderlich gewesen, so wäre die Berechnung folgende:

$$\frac{20 \times 10}{7} = \frac{200}{7} = 28{,}57 = 2{,}857\,\%\ \text{Zucker.}$$

Aceton. Vorkommen bei Diabetes, hohem Fieber, bei fieberhaften gastrointestinalen Infektionen, beim Hungerzustand und Inanitionszuständen. Legalsche Probe: Einige ccm Harn mit einigen Tropfen gesättigter Nitroprussidnatriumlösung und $^1/_4$ Vol. NaOH versetzt. Bleibt die Rotfärbung auf Zusatz von etwas Essigsäure, oder wird sie noch stärker und dunkler, so deutet dies Aceton an.

Diacetessigsäure. Vorkommen bei Diabetes mellitus. Starker Ausfall läßt auf drohendes Coma diab. schließen.

Gerhardtsche Probe: Harn mit einigen Tropfen Liq. ferri sesquichlorati versetzt, nimmt schöne bordeauxrote Farbe an. Ev. schokoladenfarbiger Niederschlag ist phosphorsaures Eisen.

Diazoreaktion (Ehrlich). Vorkommen bei Typhus, Phthis. progress., Pneumonie, Masern, fieberhaften Erkrankungen, Meningitis. Nötig sind 2 Lösungen: a) Sulfanilsäure 1,0, Acid. mur. 10,0, Aq. dest. ad 200,0; b) Natr. nitros. 0,5, Aq. dest. 100,0. Zu 10 ccm von a werden 3 Tropfen von b gesetzt, mit gleichen Teilen Harn gemischt und $^1/_8$ Vol. Ammoniak zugesetzt. Reaktion ergibt tief dunkelrote Färbung.

d) Färbung von Tuberkelbazillen.

Mit zwei feinen Nadeln mehrere stecknadelkopfgroße Schleimklümpchen von verschiedenen Stellen eitrigen Sputums zwischen zwei Deckgläsern durch Pressen gleichmäßig verteilt. Nachdem sie lufttrocken, langsam mehrmals durch eine Spiritusflamme gezogen. Mit der Sputumseite nach unten auf Karbolfuchsinlösung (Fuchsin 1,0, Aq. carbolis [5 %] 100,0, Alkohol absol. 10,0) gelegt, Erwärmen bis zum Aufsteigen von Dämpfen. Danach 1 Minute in Methylenblau (Methylenblau 2,0, Acid. sulf. [25 %] 100,0). Abspülen. Trocknen. Tuberkelbazillen erscheinen tiefrot, alles übrige blau.

5. Ausführungserläuterungen zu den neurologischen Untersuchungen.

a) Untersuchungen des Schädels.

Schädelmaße zu messen. 1. Größter Horizontalumfang mit dem stählernen Bandmaß. 2. Größte Breite, größte Länge mit einem Kopfmesser oder Kopfzirkel (Preis 18,70 M.). 3. Die Form des Kopfes nach Rieger oder mit dem Cephalometer nach Krönlein.

Horizontalumfang:	männlich	weiblich
Neugeborene . .	34 cm	34 cm
10. Lebensjahr .	51 „	49 „
Erwachsene . .	55–61 „	53–58 „
Größte Breite . . .	14–18 „	15 „
Größte Länge . . .	18–22 „	18–19 „

Schädelform:

Dolichocephalen: Langschädel.
Brachycephalen: Kurzschädel.
Turmschädel: Abnorm hoch.
Hydrocephalus: Abnorm großer Schädel (meist über 62 cm) mit kleinem Gesicht.
Mikrocephalus: Abnorm klein mit großem Untergesicht.
Aztekenkopf: Zurückweichende Stirn und Nase bilden eine Linie.
Vogeltypus: Das Kinn weicht stark zurück.
Weitere Formen: Rundlich, breit, viereckig, länglich, schief, schräg, keilförmig, sattelförmig, symmetrisch.

Druckempfindlichkeit: Beklopfen mit dem Perkussionshammer, besonders die Umgebung von Narben, ferner große Fontanelle (Clavus) am Warzenfortsatz, am Nacken, oberen Augenhöhlenrand.

Parrot-Rumpf — Mannkopfsches Zeichen: Bei starkem Druck auf überempfindliche Punkte am Schädel steigt die Pulsfrequenz (Mannkopfsches Zeichen) und erweitert sich die gleichseitige Pupille (Parrots Symptom).

Narben: Narbenhaut mit der Unterlage verwachsen? Knochenauftreibungen? Knocheneindrücke? Länge der Narbe? Tiefe der Knochenveränderung messen.

Auskultation: Abnorme Gefäßgeräusche.

Gudden-Wannerscher Versuch: Tönende Stimmgabel auf dem Kopf hin und herführen, Auskultieren am Schädel. Über Narben, Verwachsungen des Schädels mit der Dura und Tumoren, die bis in das Schädeldach reichen, tönt die Stimmgabel kürzer.

Perkussionsschall: Scheppern wie bei einem gesprungenen Topf bei Schädelbrüchen.

b) Motilität.

Gesicht.

Augenbewegung: Man läßt den Kranken nach dem vorgehaltenen Finger blicken und führt diesen nach allen Seiten dann etwa 10 cm nahe an die Augen heran. Jedes Auge wird zunächst einzeln, dann beide zusammen geprüft.

Prüfung des Strabismus. Vorhalten eines farbigen Glases vor ein Auge, um zu erkennen, auf welcher Seite das von diesem herrührende Bild steht.

Facialis: Alle Bewegungen der Gesichtsmuskeln, Lachen, Zähnefletschen, Stirnrunzeln mimisch vormachen und nachahmen lassen. Für Stirnquerrunzeln: Die Augenlider herabdrücken und

den Kranken auffordern, die Augen mit aller Gewalt zu öffnen. Für die Lider: Augen fest schließen lassen, Prüfung der Kraft durch Emporziehen des geschlossenen Lides.

Prüfung der groben Kraft der Extremitäten*): Man läßt Arme und Beine energisch beugen, strecken, drehen und leistet gegen diese Bewegungen durch Festhalten Widerstand. Speziell: Die Arme senkrecht emporheben lassen, sie herabdrücken. Die Finger spreizen und schließen lassen, Prüfung der Kraft durch Dazwischenschieben des Zeigefingers. Für die Prüfung des Händedruckes und der Unterarmbewegung sind Dynamometer zum Ziehen und Drücken brauchbar, die die für Gutachten wertvolle Messung der Störung ermöglichen. Die zum Ziehen eingerichteten Dynamometer ermöglichen außerdem die Prüfung fortlaufender Muskelarbeit. Preise cf. S. 143. Prüfung des Beines in Rückenlage: Beine Anheben, Knie krumm machen lassen, während man sie niederdrückt; plötzlich loslassen. Das Bein muß, wenn die Innervation ehrlich und nicht durch die Gegenmuskeln unterdrückt war, hochschnellen. Ausstoßen mit dem Fuße bei Gegendruck auf die Fußsohle. — In Bauchlage: Beugen des Unterschenkels gegen Widerstand, dann loslassen!

Passive Beweglichkeit: Prüfungen der passiven Beweglichkeit werden ausgeführt, indem man die gegeneinander zu bewegenden Gliedteile möglichst fest umfaßt und dann bald langsam, bald sehr rasch unter Ablenkung der Aufmerksamkeit des Kranken Beuge-, Streck-, Drehbewegungen ausführt.

Koordination:

Gehen, Stehen und Sitzenlassen erst mit offenen Augen; dann läßt man den Stehenden, angeblich, um seine Bewegungen zu prüfen, in Wirklichkeit, um seine Aufmerksamkeit abzulenken, die Arme vorwärts oder seitwärts heben, dann außerdem die Füße und Augen schließen; schließlich bei geschlossenen Augen den Kopf seitwärts neigen. Tritt jetzt Schwanken oder Fallen bei Augenschluß auf, so wird das als Rombergsches Symptom bezeichnet. Ein Mittel zur Entlarvung der bewußten Vortäuschung dieses Symptoms ist die Beobachtung der Patellarsehnen, die bei echtem Rombergschen Schwanken vor dem Umfallen, durch die Anstrengung, sich im Gleichgewicht zu halten, emporgezogen werden (Blochsches Symptom). Die Prüfung im Sitzen geschieht so, daß man die Augen schließen und die Füße vom Boden abheben läßt.

---

*) Vgl. S. 90—93.

Prüfung des Gehens: Man läßt auf einer Dielenritze oder auf einem Kreidestrich gehen, so daß die Füße hart voreinander gesetzt werden müssen, oder läßt die Fußspitzen oder die Hacken beim Gehen anheben.

Prüfungen in der Bettlage. Kniehackenversuch: Mit der Ferse des einen Fußes das Knie des anderen Beines berühren. Gehbewegungen, Kreiszeichnen mit erhobenem Fuß in der Luft. Nach der Hand des Untersuchenden stoßen. Alle Prüfungen werden zunächst mit offenen, dann mit geschlossenen Augen ausgeführt.

Koordination der Hand: Man läßt mit 2 Fingern nach einem schmalen Objekt (Öffnung des Stethoskops, Nase des Kranken, Finger der anderen Hand) greifen. Die Bewegung soll auf möglichst großem Wege, also aus dem herabhängenden Arm, und zunächst rasch, dann langsam, zunächst mit offenen, dann mit geschlossenen Augen ausgeführt werden. Ferner rasch hintereinanderfolgendes Pronieren und Supinieren (Diadokokinesis). Öffnenlassen von Knöpfen, Haken, bei geschlossenen Augen.

c) Prüfung der elektrischen Untersuchung.

Elektroden gut durchfeuchten, wenn möglich mit warmem Salzwasser. Indifferente Elektrode von 50—100 qcm auf Sternum oder Rücken. Reizelektrode mit Unterbrecher, geöffnet aufsetzen, dann ohne Erschütterung schließen.

Beginn mit dem faradischen Strom, erst Muskelpunkte dann Nervenpunkte. Mit kleinen Strömen beginnen, Steigerung bis zur Minimalzuckung. Messung in Zentimeterrollenabstand. Galvanische Erregbarkeit in derselben Weise unter langsamer Steigerung der Stromstärke. Die Reizelektrode ist Kathode (Prüfung der Kathode: Färbt Elektrodenpapier rot. In einem Glase Wasser, in das beide Drähte getrennt hineingeführt werden, steigen bei stärkerem Strom nach einigen Sekunden von der Kathode Blasen auf). Messung des galvanischen Stromes in Milliampére. Elektroden dabei unverrückt auf der Reizstelle lassen, ablesen bei geschlossenem Strom. Darnach kontrollieren durch neue Unterbrechung.

Quantitative Veränderungen: Steigerung, Herabsetzung, Aufhebung. Vergleichung mit der anderen Seite. Bei doppelseitigen Störungen Vergleichung der Werte mit einem Gesunden. Qualitative Veränderungen: Entartungsreaktion.

Entartungsreaktion. Faradischer Strom: Jede Reizung erlischt. Galvanisch: Träge, wurmförmige Zuckungen mit Umkehrung der Zuckungsformel. Normale Zuckungsformel

Ka.S.Z. / An.S.Z. / An.Ö.Z /. Umkehrung der Zuckungsformel: An.S.Z. / Ka.S.Z. / An.Ö.Z /. Prognostisch ungünstig, wenn nach 6—30 Wochen weder Bewegung noch normale Reizbarkeit zurückkehren.

d) Empfindungsvermögen.

1. Schmerzen.

Bei Klagen über Schmerzen fragt man nach Intensität, ob sie den Schlaf hindern. Qualität, ob stechend, brennend, klopfend. Auftreten, dauernd oder intermittierend, periodisch, nur bei Bewegungen. Man prüft weiter, ob über der schmerzhaften Gegend Überempfindlichkeit auf mechanischen Reiz besteht und ob dieselbe betrifft a) die Haut (Hautfalte erheben und leicht kneifen); b) die tieferen Weichteile (direkter Druck); c) Gelenkteile oder Nervenstämme (Valleixsche Druckpunkte).

2. Empfindungsvermögen der Haut).*

Berührungsempfindung: Prüfung der Berührungsempfindung geschieht 1. mit einem Pinsel, Wattebausch, Fingerkuppe oder Nadelkopf. Die Augen des Patienten werden bedeckt. Jede Berührung wird mit einem „jetzt“ angekündigt, doch werden einige Ankündigungen in unregelmäßigen Pausen ohne Berührung, einige Berührungen ohne Ankündigungen ausgeführt. Der Patient hat mit „ja“ zu antworten, wenn er irgend eine Berührung fühlt (evtl. an den Punkt zu zeigen wo er sie fühlt), mit „nein“ wenn er nichts empfunden hat. Fehler werden mit bestimmten Zeichen auf der Haut vermerkt. 2. Mit Nadelkopf und Spitze ebenso wie oben, nur hat der Untersuchte spitz und stumpf zu unterscheiden. 3. Mit dem faradischen Strom: Auf der Haut werden die beiden Elektroden von der sekundären Spirale eines Schlitteninduktoriums aufgesetzt und der Strom so lange verstärkt, bis ein eben merkliches Prickeln auf der Haut entsteht; d. h. bis der Patient durchgehenden Strom und Unterbrechung unterscheiden kann. Der Rollenabstand an diesem Punkte gibt ein zahlenmäßiges Maß der Empfindlichkeit. 4. Mit Herings Ästhesiometer: 12 zylindrische Stäbchen, eines glatt, die übrigen durch Umwickelung mit Draht von steigender Rauhigkeit. Man untersucht, welches der Stäbchen noch als rauh empfunden wird.

Prüfung des Schmerzgefühls: Der Untersuchte wird instruiert, den Schmerz nicht zu unterdrücken, sondern an-

---

*) vgl. psychologische Messungen, S. 137.—Simulationsprüfungen, S. 88.

zugeben ob er den Reiz empfindet als „Berührung“, als „unangenehm“, als „schmerzhaft“. Er habe auch das Ansetzen der Nadel und den Eintritt des Schmerzes zunächst sofort mit jetzt zu beantworten, erst nachträglich die Art der Empfindung zu bezeichnen. Neben der Angabe achte und protokolliere man Abwehrbewegungen, Mannkopfsches Zeichen und mimischen Ausdruck. Normal wird Eindrücken einer stumpfen Nadelspitze in die Haut als schmerzhaft empfunden. Muß die Nadel eingestochen werden, den Schmerz zu erzeugen, so ist das Gefühl herabgesetzt, muß eine Hautfalte durchstochen werden, hochgradig herabgesetzt. Besser mit dem faradischen Strom. Hierbei wird der Strom so lange verstärkt, bis Schmerz entsteht und der Grad der Herabsetzung in Rollenabstand abgelesen.

Prüfung des Ortssinns: Man prüft durch gleichzeitiges Aufsetzen zweier Zirkelspitzen, indem man den Abstand derselben solange vergrößert, bis sie getrennt als zwei Berührungen empfunden werden. Die zur Doppelempfindung notwendigen Abstände sind an den verschiedenen Körperstellen sehr verschieden, ferner in der Längsrichtung der Glieder größer als in der Querrichtung, sie werden durch Übung verringert und durch Ermüdung vergrößert. Auszug aus der Weberschen Tabelle für die Größe der Empfindungskreise:*)

	mm		mm
Zungenspitze . . .	1	Roter Teil der Lippe . . .	4
Nasenspitze . . .	6	Unterer Teil der Stirn . . .	22
Nacken	52	Haut über dem Brustbein .	44
Rückgrat	52	Mitte des Rückens	65
Mitte des Oberarms	65	Unterarm	39
Handrücken	28	Handfläche	11
Daumenballen . . .	9	Endphalanx d. Finger: Dorsal	6,5
		Volar .	2
Oberschenkelmitte .	65	Unterschenkel	39
Plantarfläche des Fußes	15	(Sievekingscher Tastenzirkel Preis M. 14,60).	

Die Lokalisation der Eindrücke wird geprüft, indem man den Kranken auf eine berührte Hautstelle weisen läßt und die Fehlerdistanz mit dem Zentimetermaße mißt. Die Fehlergröße ist normal entsprechend der Weberschen Tabelle an verschiedenen Körperstellen verschieden.

---

*) vgl. psychologische Messungen, S. 138.

Zur Prüfung des Temperatursinns benutzt man zwei Reagenzgläser mit kaltem und warmem Wasser, die man 2—3 Sekunden auf die Haut aufsetzt. Wird Temperaturempfindung richtig angegeben, so prüft man durch Vergleichung mit der anderen Körperhälfte, ob die Empfindung erheblich geringer ist wie dort. Eine oberflächliche, nicht empfehlenswerte Prüfung kann man ohne Instrumente durch Anhauchen (warm) und Anblasen (kalt) vornehmen.

3. *Tiefensensibilität* (Muskelsinn).

Bewegungsempfindung: Augen schließen! Man umfaßt das betreffende Glied oberhalb und unterhalb des Gelenkes mit kräftigem Druck der vollen Hand. Führt im Gelenk, nicht ruckweise, mit mäßiger Geschwindigkeit leichte Bewegungen aus. Übt dazwischen manchmal zur Kontrolle einfachen Druck aus. Erst große, dann immer kleinere Exkursionen. Der Untersuchte soll die Glieder völlig schlaff lassen und angeben, ob er nur Druck oder Bewegung spürt.

Lageempfindung: Augen schließen. Man umfaßt ein Glied fest mit voller Hand und bringt es in beliebig gewechselte passive Lagen. Der Untersuchte hat die passiv gegebene Haltung aktiv zu wiederholen oder nach einem bestimmten Teil des Gliedes hinzuweisen.

Schwereempfindung: Man läßt Gegenstände von verschiedener Schwere und gleicher Größe und Gegenstände von gleicher Schwere und verschiedener Größe beurteilen (Kinaesthesiometer, Hitzigsche Holzkugeln mit verschiedener Bleifüllung).

Vibrationsgefühl. Eine auf einen Extremitätenknochen aufgesetzte große schwingende Stimmgabel ruft ein summendes Gefühl hervor. Messung des Grades der Herabsetzung durch Aufsetzen auf die entsprechende Stelle des eigenen Körpers oder der anderen Körperhälfte des Untersuchten.

4. *Gesichtssinn.*

Sehschärfe: Die Sehschärfe prüft man durch Buchstaben von verschiedener Größe und in verschiedener Entfernung. Das Farbensehen mittels farbiger Wollproben oder farbiger Bleistifte, die den Vorteil haben, daß die unter einer Bezeichnung, z. B. grün, ausgewählten Farben sogleich in das Krankenblatt eingetragen werden können.

Gesichtsfeld*): Für das Gesichtsfeld gibt es folgende Prüfungen:

---

*) Vgl. auch S. 92.

a) Ohne Apparate, aber unzuverlässig. Man setzt den Kranken mit dem Rücken gegen das Fenster, stellt sich selbst dem Kranken gegenüber auf, bedeckt ein Auge desselben und läßt das andere einen in Augenhöhe des Untersuchten befindlichen Punkt am Körper des Untersuchers fixieren. Untersucht wird mit einem weißen oder farbigen Blättchen von ein Quadratzentimetergröße, das an einem langen Stäbchen befestigt ist. Man führt dies Blättchen zunächst zur Einübung aus dem Fixierpunkt nach den Grenzen des Gesichtsfeldes; dann von außerhalb wieder in das Gesichtsfeld hinein. Die bei dieser Prüfung nur ganz grob zu bestimmende Frage, ob die Grenzen eingeschränkt sind, bestimmt man nach der Erfahrung an gesunden Kranken und nach dem eigenen Gesichtsfeld.

b) Mit dem Perimeter*): Vorprüfung in derselben Weise. Das geprüfte Auge fixiert den weißen Mittelpunkt des drehbaren Kreises. Man prüft die Grenze auf 12 Meridianen, zunächst, indem man das schon geschilderte Blättchen dem Mittelpunkt über die Gesichtsfeldgrenzen hinaus nähert, dann, indem man es langsam wieder verschwinden läßt. Die Punkte des ersten Auftretens werden besonders, am besten in die käuflichen Schemata notiert, die auch die normalen Grenzen enthalten. Bei der Perimeterprüfung ist zu beachten: das Gesicht muß in der Höhe des weißen Mittelpunktes durch die Kinnplatte fixiert werden, muß dem Mittelpunkt ganz genau zugewandt sein. Man muß so vor dem Untersuchten stehen, daß man das untersuchte Auge kontrolliert, ob es gut fixiert. Bei der Prüfung mit dem verschwindenden Blättchen sind die Grenzen etwas weiter als bei der Annäherung. Ferner sind sie weiter, wenn man bei der Prüfung oszillierende Bewegungen macht, als wenn man sie ruhig ausführt. Außer der Prüfung mit dem weißen Blättchen kann man auch farbige Blättchen nehmen, deren Gesichtsfeldgrenzen entsprechend kleiner sind. Die normalen Gesichtsfeldgrenzen für weiß sind oben etwa 55°, unten 70°, nasalwärts 60°, temporalwärts 85°.

5. *Gehörssinn.*

Luftleitung: Prüfung der Luftleitung mittels Uhr, Flüsterstimme, Umgangssprache, lautes Rufen, wobei das andere Ohr sorgfältig verschlossen sein muß. Man gibt die Schallstärke, die noch gehört wird, und die Entfernung in Zentimetern an.

---

*) Preis des Försterschen Perimeters M. 82,50.

Schwerhörigkeit: Bei Schwerhörigkeit zunächst

a) Prüfung des Gehörganges. Dann

b) Weberscher Versuch: Eine tönende Stimmgabel*) wird auf die Mitte des Kopfes aufgesetzt; bei einseitiger Erkrankung des schalleitenden Apparates oder bei Verschluß eines Ohres wird sie auf dem erkrankten, resp. verschlossenen Ohr gehört. Bei zentraler Taubheit auf der Seite des anderen Ohres.

c) Rinnescher Versuch: Eine schwingende Stimmgabel wird auf den Kopf gesetzt, bis sie nicht mehr gehört wird. Dann rasch vor das Ohr geführt. Wird sie dort noch gehört (positiver Rinne), ist die Luftleitung besser als die Knochenleitung. Zentrale Störung. Erweist sich bei dem umgekehrten Verfahren, erst Ohr dann Kopf, die Knochenleitung besser als die Luftleitung, so liegt eine Schädigung der letzteren vor (negativer Rinne). Man führt beim Rinneschen Versuch stets beide Methoden aus: Knochenleitung-Luftleitung, Luftleitung-Knochenleitung. Erweist sich bei der einen Prüfung die Luftleitung, bei der anderen die Knochenleitung als besser, so kann das als Beweis ungenauer Angaben gelten.

d) Gehörsfeld: Das Gehörsfeld, dessen Bedeutung ähnlich der des Gesichtsfeldes ist, prüft man mit Stimmgabelserien oder Pfeifen. Die obere Grenze (besonders bei Traumatikern wichtig) mit der Galtonpfeife. Prüfung in 10 cm Entfernung, der Untersuchte hat anzugeben, wenn ihm das blasende Geräusch des Pfeifchens in ein piependes übergeht**).

6. *Geruchssinn.*

Zur Prüfung geeignet Pfeffermünz, Baldriantinktur, Perubalsam, Moschus, Tinctura asae foetidae oder Olfaktometer. Man prüft jedes Nasenloch einzeln unter Verschluß des anderen.

7. *Geschmackssinn.*

Man prüft an verschiedenen Abschnitten der herausgestreckten Zunge mit Syrup, Kochsalzlösung, Chininlösung und stark verdünnter Salzsäure. Die Zunge darf nicht zurückgezogen werden. Da der Kranke deshalb nicht sprechen kann, zeigt er die wahrgenommene Empfindung auf einem ihm vorgehaltenen Blättchen, das die Bezeichnungen süß, sauer, bitter, salzig enthält. Die Substanzen trägt man mit Wattebauschen auf die Randpartien, nicht auf den Rücken

---

*) Preis von Stimmgabeln M. 3,—.

**) Preis der Galtonpfeife M. 6,—.

der Zunge auf und in der Reihenfolge süß, salzig, bitter, sauer.

e) Reflexe.

1. Haut- und Schleimhautreflexe.

a) Zehenreflex: Man bestreicht mit dem Stiel des Perkussionshammers oder mit einer Nadel die Fußsohle in langen Strichen von unten nach oben am äußeren Fußrand entlang. Beim Gesunden beugt sich die große Zehe nach unten, das Babinskische Zeichen besteht darin, daß sich die große Zehe langsam, isoliert, deutlich nach oben bewegt. Das Zeichen bedeutet eine organische Schädigung der Pyramidenbahnen; es kann außerdem bestehen im Koma, in der Narkose (Skopolamin), im und nach epileptischen Anfällen und bei Kindern in den ersten Monaten.

b) Oppenheims Phänomen: Die gleiche Erscheinung, bei gleicher Bedeutung tritt auch ein bei Reizung der Haut an der inneren Seite des Unterschenkels. Bei den nachstehenden Hautreflexen reizt man die Haut an den genannten Stellen durch Streichen mit dem Perkussionshammer oder mit einer Nadel und erreicht damit die genannten Reaktionen:

c) Kremasterreflex: Innenfläche des Oberschenkels — Emporsteigen des gleichseitigen Hodens.

d) Femoralreflex: Innenfläche des Oberschenkels — Plantarflexion der drei ersten Zehen und des Fußes.

e) Analreflex: Haut um den After — Einziehung des Afters oder Zucken des Sphinct. ext.

f) Bauchreflex: Haut des Epi-, Meso-, Hypogastriums — Kontraktion der Bauchmuskeln.

g) Skapularreflex: Innerer Schulterblattrand — Schulterblatt nach innen oben. Man prüft weiterhin den

h) Blinzelreflex: Blinzeln bei plötzlicher Annäherung an das Auge.

i) Kornealreflex: Man berührt die Konjunktiva, darnach die Kornea vorsichtig mit dem Kopf einer vom äußeren Augenwinkel genäherten Nadel. Normal tritt bei jeder Berührung wenigstens der Kornea kräftiger Lidschluß ein.

k) Würgreflex: Bei Berührung der hinteren Rachenwand mit einem Spatel.

l) Uvulareflex: Kontraktur der Gaumenmuskulatur.

m) Schlingreflex: Berührung des Zungengrundes.

n) Gänsehautbildung bei starker Reizung der Haut.

o) Hautgefäßreflex: Erblassen der Haut, dann Rötung, eventuell leistenförmige Erhebung bei strichförmigem Reizen mit dem Fingernagel oder Hammerstiel (Dermographie).

2. *Tiefe der Sehnenreflexe.*

a) Patellarsehnenreflexe: (Fehlen: Westphals Phänomen.) Wird geprüft im Sitzen, indem man den Fuß des Kranken mit dem eigenen Fuß so weit nach vorn schiebt, daß er leicht auf dem Boden ruht, die Muskulatur des Oberschenkels entspannt ist und die Patellarsehne gut fühlbar ist. (Am besten in einem stumpfen Winkel, 120—150°.) Zum Beklopfen der Sehne, die genau getroffen werden muß, benutze man einen möglichst schweren Perkussionshammer. Die freie Hand ruhe leicht auf dem Oberschenkel. In Rückenlage hebt man mit der linken Hand den Oberschenkel im Knie leicht an und fordert den Kranken auf, das Bein fallen zu lassen. Spannt der Kranke trotzdem die Muskulatur an, so lenkt man ihn ab durch Vorlesen, Rechnen oder Blick nach oben. Wenn auch dies vergeblich, Jendrassikschen Kunstgriff: Man fordert den Kranken auf, vor der Brust oder hinter dem Kopf die Hände zu falten und auf Kommando auseinanderzureißen, ohne sie aber loszulassen. Im Augenblick des Kommandierens beklopft man die Sehne.

b) Achillessehnenreflex: Man hebt im Liegen die Fußspitze bei gebeugtem Knie an und beklopft die Sehne oder man läßt den Patienten auf einen Stuhl knieen mit den Fußspitzen abwärts, drängt auch in dieser Stellung den Fuß leicht dorsalwärts, nachdem man sich überzeugt hat, daß die Muskulatur nicht angespannt ist und beklopft die Sehne.

c) Patellarklonus: Man zieht die Kniescheibe zuckweise nach unten und hält sie fest.

d) Fußklonus: Rückenlage, Knie leicht anheben, Fuß stützen mit der andern Hand, die Fußspitze und die Zehen leicht umfaßt. Kurzer, kräftiger Ruck nach oben.

e) Tibiareflex: Kontraktion des Quadriceps femoris bei Beklopfen der vorderen Tibiafläche.

f) Radiusreflex: Beugung und Pronation des Unterarms und der Hand bei Beklopfen des unteren Radiusendes.

g) Sehnenreflexe des Biceps, des Triceps, der Handbeuger durch Beklopfen ihrer Sehnen bei Entspannung des Muskels durch entsprechende Haltung und Unterstützung des Unterarms.

h) Palmarreflex der Hand: Beugung der Finger bei Beklopfen des Handtellers.

i) Unterkieferreflex: Brettchen oder Spatel zwischen die Zähne an jeder Seite, leichter, kurzer Schlag von oben. Zuckung in den Masseteren.

3. *Pupillenprüfung.*

a) Man prüft bei gleichmäßiger Beleuchtung beider Pupillen, ob sie rund, gleich weit und mittelweit sind. Letzteres durch Vergleich mit einem normalen Auge in gleicher Beleuchtung. Mydriasis, Erweiterung bis der Irissaum fast verschwindet (Medikamentwirkung von Belladonnapräparaten, Skopolamin, Kokain). Myosis: Verengerung der Pupillen (Medikamentwirkung von Opiumpräparaten, Physostigmin).

b) Prüfung der direkten Lichtreaktion: Jedes Auge für sich prüfen.

α) Einfachste Form für widerstrebende Kranke. Unzuverlässig wegen Störung durch nicht ausschaltbare Konvergenzbewegungen: Man führt den Kranken ins Helle und wieder ins Dunkle und prüft dabei, ob die Weite der Pupillen sich verändert.

β) Prüfungen am Fenster oder bei diffusem Licht. Man lasse den Kranken durch das Fenster nach einem entfernten Punkte blicken (nach dem Licht). Dann bedeckt man das zu untersuchende Auge drei bis vier Sekunden bis eine Minute mit der eigenen Hand und zieht diese dann rasch weg.

γ) Oder man stellt den Kranken seitlich zum Fenster und beschattet das dem Fenster zunächt liegende Auge mehrmals vorübergehend mit der Hand.

δ) Im verdunkelten Zimmer mit einzelner, feststehender Lichtquelle: Man wirft den Fokus einer Sammellinse oder besser eines Reflektors in das Auge, so daß er möglichst direkt auf die Netzhaut fällt.

ε) Oder man bewegt im verdunkelten Zimmer einen Wachsstock von der Seite her vor das Auge des Kranken und wieder zurück.

ζ) Mit ein- und ausschaltbarem Licht: Man wirft von der Seite her Licht aus einer elektrischen Taschenlampe oder elektrischen Stehlampe, die man an- und ausschalten kann, plötzlich in das Auge, nachdem es längere Zeit (eventuell einige Minuten) völliger Dunkelheit ausgesetzt gewesen ist.

η) Für wissenschaftliche Zwecke: Prüfung mit der Westienschen Linse, dem Weilerschen oder Hübnerschen Pupillenmeßapparat (Hübner, Monatsschrift f. Psych. u. Neurolog., Bd. 22, H. 1. — Bumke, Die Pupillenstörungen bei Geistes- und Nervenkranken, Jena 1904, daselbst Literatur, Apparate 100

bis 200 M.). Zu beachten ist bei allen Untersuchungen, daß das untersuchte Auge fest einen möglichst entfernten Punkt fixiert und das andere Auge lose bedeckt aber vom Kranken nicht zugekniffen wird. Stets sind beide Pupillen nacheinander zu prüfen. Man gewöhne sich an eine bestimmte Art der Pupillenprüfung, um die normale Intensität der Reaktion abschätzen zu lernen.

Reflektorische Pupillenstarre (Argyll-Robertsonsches Zeichen): Bei erhaltener Reaktion, auf Akkommodation und Konvergenz. Träge Reaktion: Die Pupille reagiert auf Konvergenz sehr rasch, auf Lichteinfall dagegen auffallend langsamer und unausgiebig.

Hippus: Fortwährendes Wechseln der Pupillenweite, unabhängig von nachweisbaren, äußeren Ursachen.

Konsensuelle Reaktion: Man belichtet und beschattet abwechselnd in einer der vorstehend angegebenen Methoden das eine Auge und betrachtet dabei das Verhalten des andern. Zu beachten ist, daß beide Augen in die Entfernung blicken müssen und daß das beobachtete Auge vor dem Beleuchtungswechsel geschützt werden muß.

Pupillenverengerung: Auch wenn im Dunkeln auf ein entferntes helleres Objekt hingeblickt wird. Haabscher Pupillenreflex.

Akkommodation: Man läßt den Kranken auf den Finger des Untersuchers blicken und nähert den Finger den Augen. Bei dieser Akkomodation auf Nahesehen verengern sich die Pupillen.

Schmerzhafte Reize: Bei schmerzhaften Reizen (Faradisation), besonders am Hals und Nacken, erweitert sich die Pupille. Das gleiche Symptom bei Reizung von Schmerzpunkten, besonders am Kopf. Ist wichtig für die Untersuchung von Unfallsnervenkranken (Parrots Symptom). Lichtstarre Pupillen können sich bei energischem Zukneifen des Auges verrengern und eventuell trotz Eindringen des Lichts erweitern. Ebenso verengert sich die Pupille, wenn man die Lidspalte mit den Fingern auseinanderzieht und das Auge gegen den Widerstand kräftig schließen läßt (Westphal-Pilzscher Reflex).

Guddens Symptom: Man gibt den Pat. Alkoholmengen von 15—30,0 Äthylalkohol (etwa 30—60 g Kognak), bei Neigungen zu pathologischen Rauschzuständen wird schon bei dieser Dosis die Pupillenreaktion träge.

f) Lumbalpunktion.

Gewinnung nach Quincke: Patient liegt auf der Seite, Rücken stark gekrümmt, Kopf gebeugt, Knie angezogen. Lendenwirbel abtasten. Einstichstelle ist der Zwischenraum zwischen viertem und fünftem oder drittem und viertem Lendenwirbel Der vierte Lendenwirbel liegt genau in der Höhe der beiden Crist. iliacae. Das Rückenmark reicht nur bis zum zweiten Lendenwirbel. Haut sorgfältig desinfizieren. Troikart*) auskochen. Einstechen senkrecht, dann die Nadel leicht tastend zwischen den Wirbeln durchführen. Durchbohrung des Duralsackes ist durch leichten Ruck deutlich fühlbar. Dann Mandrin herausziehen, wenn Flüssigkeit kommt sofort Steigrohr durch das eingepaßte Metallstück und kurze Gummiverbindung anschließen. Vorsichtig in ein steriles Glasröhrchen tropfen lassen.

Druckmessung mit dem Zentimetermaß von der Einstichstelle bis zum Flüssigkeitsspiegel. Normal 50—120 mm. Pathologisch bis 900. Man entnimmt höchstens 10 ccm, gewöhnlich nur 5. Bei plötzlicher Abnahme des Druckes oder bei Zuströmen von Blut Vorsicht. Sofort unterbrechen, Wunde mit Pflaster verschließen. Nach der Operation mindestens 24 Stunden Bettruhe, möglichst wenig transportieren, keine alkoholischen Getränke. Zu beachten ist, daß das Flüssigkeitsniveau im Steigröhrchen nicht pulsiert, wenn Spinalraum nicht mit dem zerebralen kommuniziert.

Verwertung der Zerebrospinalflüssigkeit.

Normal: Wasserhell, klar. Blutbeimischung: 1. Wenn zufällig bei der Punktion durch Verletzung eines Äderchens: verschwindet beim Zentrifugieren. 2. Oxyhämoglobinbeimischung durch ältere krankhafte Blutungen bleibt beim Zentrifugieren gelb, fällt aus durch konz. Ammonsulfat in der Kälte.

1. Chemische Untersuchungen:

a) Eiweißgehalt nach Nißl: Besondere Röhrchen (Dittmar & Vierth, Hamburg. 25 Pf. pro Stück.) mit Gradeinteilung. 2 ccm Liquor — 1 ccm Esbachs Reagens. 3/4 Stunden zentrifugieren. 1—2 Teilstriche normal. Paralyse 2—10 Teilstriche.

b) Globulin: Nach Nonne-Apelt**). Ammonsulfatlösung: 85 g Ammonii sulf. purissim. neutralis (!!) Merck

---

*) Preis des Quinkeschen Bestecks M. 27,50.

**) Archiv f. Psych. Bd. 43, 2.

werden mit 100 g Aq. dest. im Erlenmeyerschen Kölbchen übergossen und so lange gekocht, bis nichts mehr in Lösung geht, dann erkalten lassen, filtrieren. 2 ccm Ammonsulfatlösung + 2 ccm Spinalflüssigkeit im Reagenzglas mischen, nach 3 Minuten mit unvermischtem vergleichen.

Sind beide Röhrchen gleich — Reaktion negativ.

Ist ein Unterschied erkennbar, wenn Licht nur von oben in die Röhrchen fällt, nicht auch bei durchfallendem Licht — Spur Opaleszenz.

Ist ein Unterschied auch bei durchfallendem Licht eben deutlich — Opaleszenz.

Trübung unverkennbar — Trübung.

2. Mikroskopische Untersuchung.

Zellzählung nach Nißl. 5 ccm Spinalflüssigkeit $^3/_4$ Stunden lang zentrifugieren bei mindestens 3000 Umdrehungen in der Minute. Flüssigkeit abgießen, Haarpipette auf den Boden führen, die sich vollsaugt. Inhalt auf Objektträger ausblasen, Luft trocknen lassen, durch Alkoholäther fixieren, abspülen, dann färben mit Unnas Polychromem Methylenblau (Nißl, Zentralbl. f. Nerv. u. Psych. 1904, 1, 71). Differenzieren mit 96 proz. Alkohol. Nach Alzheimer: Die Spinalflüssigkeit auffangen in 96 proz. Alkohol, Eiweiß gerinnt in Flocken, zentrifugieren, Alkohol, Äther, Zelloidin einbetten, schneiden, färben mit Unna-Pappenheimschem Karbol — Methylgrün — Pyronin (Grübler-Leipzig), Zählung und Verwertung der Zellformen. Normal 1—5, Grenzzahlen 6—9, pathologisch mehr als 10, meist 20—60 Zellen pro ccm Zerebrospinalflüssigkeit*).

g) Wassermannsche Syphilisreaktion in der Lumbalflüssigkeit**).

Der zur Prüfung auf syphilitische Antistoffe in der Lumbalflüssigkeit notwendige Extrakt wird in der Art bereitet, daß Leber und Milz eines syphilitischen Fötus, in dessen Organen sich meist Spirochäten nachweisen lassen, mittels Schere fein zerkleinert und in einem sterilen Porzellanmörser unter Hinzufügung einiger Tropfen physiologischer Kochsalz-

---

*) O. Rehm, Münchner med. Wochenschr. 1908, Nr. 31. — Alzheimer, Zentralblatt für Nervenkrankheiten und Psychiatrie 1909, S. 449.

**) Experimenteller Beitrag zur Wassermannschen Serodiagnostik bei Lues. Von Albert Schütze. Berliner klinische Wochenschrift 1907, Nr. 5, S. 127.

lösung verrieben werden. Hierauf werden von einer phys. NaCl-Lösung, die 0,5 Proz. Phenol enthält, 4 ccm auf 1 g Substanz hinzugefügt und das Gemisch 24 Stunden im Schüttelapparat geschüttelt. Nachdem die Emulsion in der elektrischen Zentrifuge etwa zwei Stunden zentrifugiert und sämtliche korpuskulären Elemente zu Boden geschleudert sind, wird die klare, überstehende Flüssigkeit abpipettiert und im Eisschrank aufbewahrt. Zeigt es sich, daß nach einigen Tagen in der Flüssigkeit Trübungen aufgetreten sind, so werden diese durch mehrstündiges Zentrifugieren in der elektrischen Zentrifuge wieder ausgeschaltet. Die zur Prüfung stehende Lumbalflüssigkeit wird sofort nach ihrer Entziehung aus dem Spinalkanal etwa 30 Minuten elektrisch zentrifugiert und $^1/_2$ Stunde bei 56° inaktiviert, wodurch eine Schädigung der etwa vorhandenen Antistoffe nicht bewirkt wird. Als Komplement verwendet man regelmäßig von Meerschweinchen frisch entzogenes Blutserum, welches in einer Dosis von 0,1 ccm (1 ccm Serum : 9 ccm phys. NaCl-Lösung, davon 1 ccm) der Lumbalflüssigkeit und dem luetischen Extrakt zugesetzt wird. Hierauf wird die mit phys. NaCl-Lösung auf 3 ccm aufgefüllte Mischung 1 Stunde hindurch bei 37° zum Zwecke eventuell eintretender Komplementfixation aufbewahrt. Nach Ablauf dieser Zeit wird 1 ccm der doppelt lösenden Dosis des hämolytischen (Hammelblut lösenden) Amboceptors, also von einem Serum mit dem Titer 1 : 2000 1 ccm einer Verdünnung 1 : 1000, sowie 1 ccm einer 5 proz. Kochsalzaufschwemmung von Hammelerythrocyten den Reagenzgläschen, deren Inhalt durch phys. NaCl-Lösung auf je 5 ccm ergänzt wurde, hinzugefügt. Nach zweistündigem Stehen der Röhrchen bei 37° werden dieselben im Eisschrank über Nacht aufbewahrt und am nächsten Morgen der Ablauf der Reaktion festgestellt.

h) Much-Holzmannsche Kobragiftreaktion*).

Nach Much und Holzmann sollen 0,35 ccm des Serums mit 0,22 ccm einer Kobragiftlösung von 1 : 5000 gemischt werden, die ihrerseits wieder durch Verdünnen einer 1 proz. Stamm-

*) Münchner med. Wochenschr. 1909, Nr. 20. — Hübner-Selter, Deutsche med. Wochenschr. 1909, Nr. 27. — Bauer, Münchner med. Wochenschr. 1909, Nr. 27. — Fränkel, Kathe, Bierotte, Münchner med. Wochenschr. 1909, Nr. 29. — Beyer, Wittneben, Münchner med. Wochenschrift 1909, Nr. 29. — Alt, Psychiatr. neurol. Wochenschr. 1909/10, S. 103. — Geißler, Münchner med. Wochenschr. 1909, Nr. 31.

lösung mit physiologischer, sterilisierter Kochsalzlösung hergestellt wird. Hierzu kommen 0,5 ccm einer 10 proz. Aufschwemmung von Menschenblutkörperchen, die in Natriumcitratlösung aufgefangen und alsdann durch zwei- bis dreimaliges Waschen mit Kochsalzlösung vom anhaftenden Serum befreit werden. Das so bereitete Gemenge wird zunächst zwei Stunden lang bei Brutwärme gehalten und kommt dann für etwa 22 Stunden in den Eisschrank. Nach Ablauf dieser Zeit werden die Röhrchen umgeschüttelt und ein positives Ergebnis dann verzeichnet, wenn die Mischung völlig undurchsichtig erscheint, während die ganz gelösten eine negative Reaktion darstellen. Bei teilweiser oder unvollkommener Aufhellung des Gemenges wird die Reaktion als negativ angesehen.

6. Schemata zum Verständnis der cerebralen, spinalen und peripheren Störungen.

a) Gehirnnervenlähmungen*).

Es ist zu diagnostizieren aus:

1. Störungen des Geruchsinns, geprüft durch riechende, jedoch nicht reizende Substanzen (Moschus, Asa foetida): Olfactoruslähmung. Doch ist an Affektion der Nasenschleimhaut bezw. Choanenverschluß zu denken.

2. Herabsetzung der Sehschärfe, Einschränkung des Gesichtsfeldes, Schwächung der Farbenempfindung: Opticuslähmung (in jedem Falle ist ophthalmoskopische Untersuchung notwendig).

Hemianopsie-Hemiopie (die Erblindung gleichseitiger Hälften der Retina) beruht auf Läsion des Occipitallappens oder des Tractus opticus bis zum Chiasma. Ist bei homonymer Hemianopsie die Pupillenreaktion auf Lichteinfall normal, so liegt der Herd zentralwärts von den Vierhügeln; bleibt dagegen der Pupillenreflex für diejenigen Lichtstrahlen aus, welche die unempfindliche Retinahälfte treffen, so liegt der Grund der Hemianopsie vor den Vierhügeln bezw. im Tractus opticus (hemianoptische Pupillenstarre — hemiopische Pupillenreaktion). Amblyopie oder Amaurose eines ganzen Auges beruht auf Läsion des Opticus peripher vom Chiasma, kann auch durch toxische Einwirkung veranlaßt sein (Tabaksamblyopie, urämische Amaurose).

---

*) Nach Strümpell.

3. Strabismus divergens, Erweiterung der Pupille (Mydriasis), Doppeltsehen (Diplopie), Herabhängen des oberen Augenlides (Ptosis) beruht auf Oculomotoriuslähmung.

Rezidivierende Oculomotoriuslähmung begleitet wochen- bis monatelang dauernde migräneartige Zustände (migraine ophthalmqiue Charcot), doch ist hierbei der Verdacht organischer Hirnveränderung (progressiver Paralyse) stets wach zu erhalten.

Mydriasis kann auch zustande kommen durch Reizung des Sympaticus (Migräne, Trauma, Druck, Affektionen des Halsmarks, durch Vergiftung mit Atropin, Kokain etc.), sowie reflektorisch bei großer Angst, starker Dyspnoe, heftigen Schmerzen.

Verengerung der Pupillen (Myosis) beruht auf Reizung des Oculomotorius bezw. Lähmung des Halssympaticus (einseitig bei Migräne, Druck auf den Sympaticus durch Tumoren; doppelseitig bei Affektionen des Halsmarks und bei Vergiftungen mit Atropin, Pilocarpin etc.).

4. Das Auge kann nicht nach oben und außen bewegt werden: Trochlearislähmung.

5. Die Kaumuskeln sind funktionsunfähig: Lähmung der motorischen Portion des Trigeminus.

6. Das Auge kann nicht nach außen bewegt werden: Abducenslähmung. Gewisse abnorme Stellung beider Augäpfel läßt auf Affektion zentraler Herde schließen (assoziierte Lähmung, nukleare Lähmung), die Augen „sehen den Herd an".

7. Die mimischen Gesichtsmuskeln sind funktionsunfähig: Facialislähmung. Sitz der Läsion: Reine Facialislähmung: Unterhalb des Chordaeintritts. Dazu Geschmacksstörung in den vorderen zwei Dritteln der gleichseitigen Zungenhälfte: Chordaeintritt bis Knieganglion. Darüber: Störung der Tränensekretion.

8. Störungen des Gehörs können auf Akusticusaffektion bezogen werden, doch ist die otoskopische Untersuchung maßgebend.

9. Störungen des Geschmacks auf dem hinteren Drittel der Zunge: Glossopharyngeusläsion.

10. Pulsbeschleunigung und Verlangsamung der Atmung: Vaguslähmung.

11. Lähmung des Sternocleidomastoideus und Cucullaris: Akzessoriuslähmung.

12. Abweichung der Zunge nach einer Seite: Hypoglossuslähmung.

b) Lokalisation der Funktionen und Wirkung von Läsionen in der linken Großhirnrinde (nach Liepmann).

-----•- Kortikale Zentren. .... Subkortikale Zentren.

Abb. 1*).

1. Motorische Aphasie (Brokas Z.)
(2.—4. Parese der gekreuzten [rechtsseitigen!] Muskulatur):
2. Zunge, Gesichts-, Kau-, Schluck-, Kehlkopfmuskeln.
3. Arm und Hand.
4. Bein.
(5.—7. Sensibilität der gektreuzten Seite):
5. Im Gesicht.
6. Im Arm (+ Tastlähmung).
7. Im Bein.
8. Wenn beiderseits: Taubheit.
9. Sensorische Aphasie (Wernickes Z.).
10. Oberflächliche Z.: Alexie + Agraphie.
    In der Tiefe, nahe der medianen Fläche: Reine Alexie.
11. Apraxie (+ Amnest. Aphasie).
12. Amnestische Aphasie.
13. Wenn beiderseits: Seelenblindheit (+ Amnest. Aphasie).
14. Deviation conjuguée.
15. Inselaphasie.

*) Der rechten Hirnhälfte fehlen die Zentren 1, 9, 10, 11, 12, 15.

c) Verteilung der sensiblen Gebiete an der Körpervorderseite nach den peripheren Nerven und nach den Rückenmarksabschnitten (nach Freund-Seiffert).

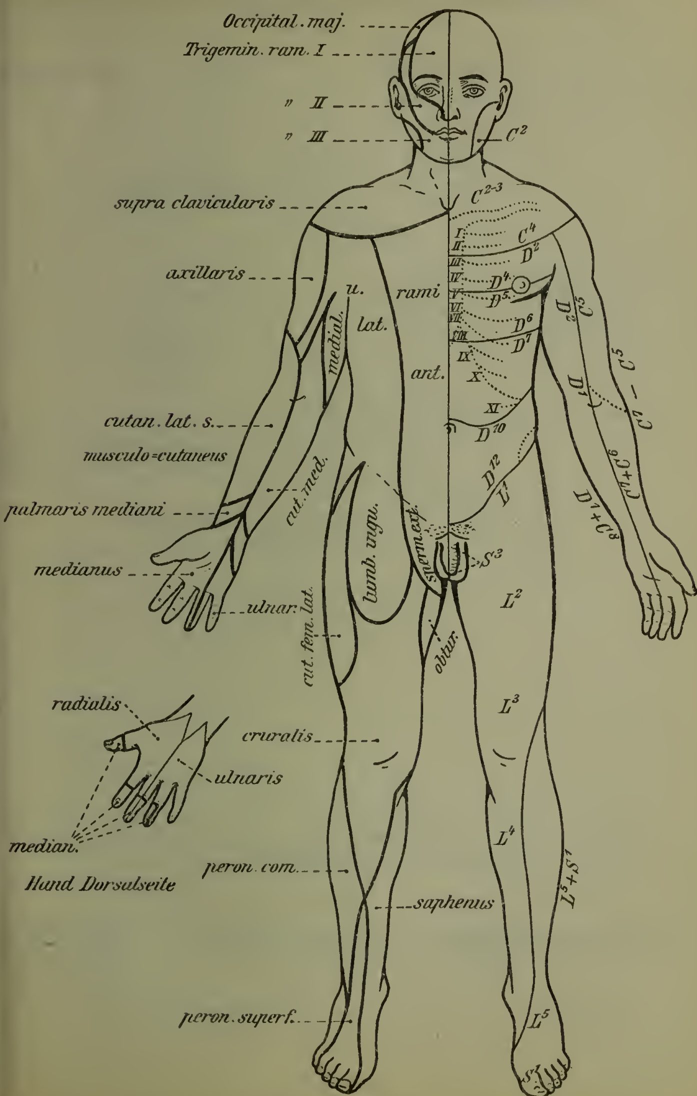


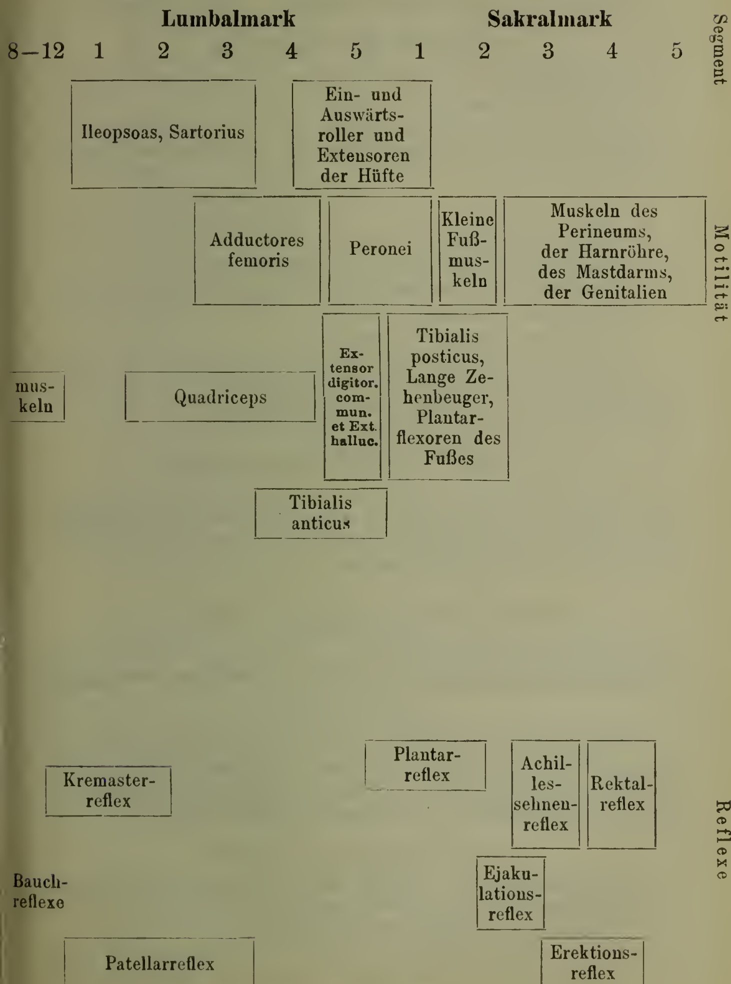
Abb. 2 (grob schematisch).

d) Lokalisation der Funktionen in den verschiedenen

Sensibilität

<table>
<tr><th colspan="8">Cervikalmark</th><th colspan="3">Dorsalmark</th></tr>
<tr><th>1</th><th>2</th><th>3</th><th>4</th><th>5</th><th>6</th><th>7</th><th>8</th><th>1</th><th>2—5</th><th>5—8</th></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="4">Serratus major, Deltoideus, Supinator longus, Biceps, Brachialis intern.</td><td>Latissimus dorsi</td><td colspan="2">Interossei, Lumbricales, Lange Flexoren der Finger</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="3">Hals- und Nackenmuskeln, Scaleni, Trapezius</td><td colspan="3">Teres major, Supinator brevis</td><td></td><td></td><td>Daumen- und Kleinfingerballen</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="2">Sternocleidomastoideus</td><td colspan="2">Pectoralis, p. clavicul., Rhomboidei</td><td colspan="2">Pectoralis, p. costal., Triceps</td><td></td><td></td><td colspan="3">Bauch- und Rücken-</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td colspan="3">Levator scapulae, Diaphragma, Supra- et infraspinatus</td><td colspan="4">Lange Flexoren der Hand, Lange Extensoren der Finger</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="4">Lange Extensoren der Hand</td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td colspan="4">Pupillenerweiterung bei Reizung der Nackenhaut</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="8">Sehnen- und Periostreflexe der oben genannten Muskeln</td><td></td><td>Skapularreflex</td><td>Epigastr.-reflex</td></tr>
</table>

Segmenten des Rückenmarks (nach Goldscheider).
(vergleiche Abb. 2, S. 77).



7. Untersuchung von Anarthrie, Aphasie, Agnosie und Apraxie.

a) Störung der Aussprache.

Kernlähmung der Sprachmuskeln. Dysarthrie. Sprache klingt nasal, verwaschen.

Aus den Buchstaben, die besonders schlecht hervorgebracht werden, sind Rückschlüsse auf die gelähmten Muskelgruppen möglich.

d, l, r, s, t . . . . . Zungenmuskulatur.
b, f, m, p, w . . . . . . Lippenmuskulatur.
ch, g, t, k, ng . . . . Gaumenmuskulatur.

Silbenstolpern, Ataxie der Sprachmuskeln.
Skandieren, verlangsamt, die einzelnen Silben zerhackt.
Häsitieren, stecken bleiben.
Schmieren, unscharfe Aussprache.
Stottern, Verwechseln einzelner Buchstaben.

Prüfung durch Probeworte (Elektrizität, Popokatepetel, Flanellappen, dritte reitende Artilleriebrigade).

b) Aphasie, Agnosie und Apraxie.

Die ganze Aphasielehre ist zurzeit in Frage gezogen und durch neuere Untersuchungen erschüttert, sie wird trotzdem in der bisher üblichen Form angeführt, da sich die neuen Ziele bisher noch nicht geklärt haben.

(**1.** Einteilung der Aphasie-, Agnosie-, Apraxie-Gruppe.)
Siehe S. 82—86.

2. Methoden der Untersuchung für die einzelnen Störungen.

a) Wortverständnis.

Aufforderung, die Hand auf die Stirn zu legen, sich ans Ohr zu fassen, dem Arzte die Hand zu geben. Bei der Aufforderung muß der Mund bedeckt werden und das Hinsehen nach dem betreffenden Körperteil vermieden werden.

b) Untersuchungen auf Aphasie.

α) Spontansprache: Prüfung durch Fragen, Zählen lassen.
β) Nachsprechen vorgesprochener Worte, Silben und Buchstaben, z. B. Stuhl, Buch, Bleistift, a.
γ) Lesen: Aufforderung zu lautem Vorlesen von Worten und Sätzen, Aufschreiben schriftlicher Aufträge, ab-

fragen vorgeschriebener Worte: heißt das Schlüssel, Bleistift usw. Unterstreichenlassen bestimmter Worte. Aufforderung, aufgeschriebene Gegenstände aus einer größeren Zahl herauszusuchen. Vorschreiben von Buchstaben, heraussuchenlassen derselben Buchstaben aus größerer Reihe. Aufschreiben von Zahlen, hochheben der entsprechenden Zahl von Fingern.

δ) Schreiben: Spontanschrift des Namens, Alters usw. Diktatschrift, Abschrift, Nachzeichnen einfacher Figuren + □ usw.

c) *Optisches Erinnerungsvermögen.*

α) Verständnis für die Gebrauchsweise, optisch wahrgenommener Gegenstände. Aufforderung, die Dinge zu benutzen bei einem Schlüssel, Blei, Löffel und zwar jedesmal mit der rechten sowohl, wie mit der linken Hand.

β) Fragestellung: Vorzeigen eines Hutes, trinkt man daraus, ißt man damit, schreibt man damit, zieht man das über die Füße, über den Kopf, über die Hände. Vorzeigen eines Bleistifts: Ist das ein Federhalter, Thermometer, ein Hut, ein Bleistift, eine Schere, dient es zum Rudern, zum Anziehen, zum Schreiben, zum Zuschließen usw.

γ) Farben sortieren lassen (Empfindung) — benennen lassen (optische Aphasie) und abfragen z. B. welche Farbe hat der Laubfrosch (Farbenerinnerung).

d) *Taktile Agnosie. Tastlähmung.*

α) Dem Pat. wird bei geschlossenen Augen in jede Hand besonders ein Gegenstand gegeben, Schlüssel, Portemonnaie, Spiegel, Gummi, Bleistift, Uhr, Ring, Bürste, darauf Fragestellung bei jeder Hand besonders.

Wissen Sie wie das Ding heißt, ist es ein Taschentuch, Bleifeder usw. Nun zeigen Sie, wie man es gebraucht.

β) Buchstaben und Figuren auf die Haut zeichnen (Kreuz, Kreis, 4, 3, L). Kitzeln, anblasen, kratzen, streicheln, kneifen, aufträufeln. Mit Sammet, Seide, Bürste, Metall über die Haut streichen.

e) *Apraxie*).*

α) Aufforderung zu elementaren, zu mimischen und zu Ausdrucksbewegungen: Faust machen, in die Hände

*) Nach Liepmann, Kleine Hilfsmittel bei der Untersuchung von Geisteskranken. Deutsche med. Wochenschr. 1905, S. 1492.

1. Einteilung der Aphasie-

A. Wernicke-Lichtheims Aphasieschema

	Ort der Läsion (nach Liepmann)
1. Kortikale mot. Aphasie (Vollständige Wortstummheit) [Liepmann]	Brocas Zentrum, hintere $^2/_3$ der linken unteren Stirnwindung par triangul. et opercul.
2. Transkortikale mot. Aphasie	Hypothetisch: Verbindung von Zentrum 1 mit Begriffszentrum im Stirnhirn. Nac[h] späteren Erfahrungen, wahrscheinlich nur eine Folge besonders geringer Läsionen
3. Subkortikale mot. Aphasie (Reine Wortstummheit)	Verbindung zwischen Broca-Zentru[m] und den bulbären Kernen de[r] Sprachmuskeln
4. Kortikale sensor. Aphasie (Vollständige Worttaubheit)	Wernickes Zentrum, hinteres Dritt[el] des Gyrus temporal. super. un[d] Gyrus supramarginal.
5. Transkortikale sensor. Aphasie	Verbindung vom Zentrum 4 mit Be[-] griffszentrum; im übrigen wie 2
6. Subkortikale sensor. Aphasie (Reine Worttaubheit)	Zuleitung zum Wernickeschen Zen[-] trum meist Herde im linken Schlä[-] fenlappen od. der Balkenverbindun[g] zwischen beiden Schläfenlappen
7. Leitungsaphasie	Herde in der Rinde und Mark d[er] Insel

Agnosie-, Apraxie-Gruppe.

aus Eichhorst, Pathologie und Therapie, S. 495.

Verloren	Erhalten
Spontane Sprache Nachsprechen Lesen, Schreiben (Diktat u. spontan) Fähigkeit, Silbenzahl anzugeben	Sprachverständnis Schriftverständnis Abschreiben
Willkürliches Sprechen „ Schreiben	Wie 1; außerdem Nachsprechen Lautlesen Diktatschreiben
Willkürliches Sprechen Nachsprechen Lautlesen	Sprachverständnis Schriftverständnis Willkürliches Schreiben Kopieren, Diktatschreiben
Sprachverständnis Nachsprechen, Lesen Diktat schreiben	Willkürliche Sprache und Schrift Kopieren Paraphasie Paragraphie Sinnloses Kopieren
Sprachverständnis Schriftverständnis	Nachsprechen und Lautlesen ohne Verständnis Diktatschreiben ohne Verständnis?
Sprachverständnis Nachsprechen Diktat schreiben	Willkürliche Sprache Lautlesen Schriftverständnis Willkürliche Schrift Kopieren
Nachsprechen Lautlesen Schreiben nach Diktat	Paraphasie Paragraphie Schriftverständnis Sprachverständnis Kopieren

B. Störungen der

	Herd
Reine Alexie	Dringt von der Medialenfläche des sensorischen Sprachzentrums in das tiefere Marklager des Gyrus angularis vor
Alexie und Agraphie	Gyrus angularis Rinde und oberflächliches Mark
Reine Agraphie	Verbindung zwischen Sehzentrum und Handzentrum (topographisch sehr ausgebreitet)

C. Agnosie*) (Unfähigkeit, infolge Störungen des rezeptiven Außenwelt

Akustische Agnosie (Seelentaubheit)	Große Herde im linken Schläfenlappen
Optische Agnosie (Seelenblindheit)	Sehzentrum im Hinterhauptslappen meist doppelseitig
Taktile Agnosie (Tastlähmung)	Mittleres Drittel der hinteren Zentralwindung

*) Zum Teil nach Liepmann, Physiologie des Gehirns (Lehrbucl

Schriftsprache*).

Erhalten	Gestört
Lautsprache Schreiben außer Abschreiben, falls nicht der Herd die benachbarten Verbindungsbahnen vom Sehzentrum zur Hand beteiligt	Lesen, oft mit Hemianopsie verbunden
Lautsprache	Schriftsprache Schreiben und Lesen
Lautsprache und Lesen	Schreiben, meist mit Apraxie der gleichen Hand verbunden

Zentrums, mit den entsprechenden Organen die Dinge der zu erkennen).

Hörvermögen, d. h. die Geräusche werden zwar gehört und unterschieden, aber nicht erkannt	Verständnis auch für die nichtsprachlichen Geräusche, z. B. Tierlaute, Instrumente, Peitschenknallen, Geldklirren, meist + sensor. Aphasie
Sehvermögen Fähigkeit, gleiche Dinge zu sortieren, Nachzeichnen und Beschreiben	(Oft mit Hemianopsie oder Farbensinnstörungen verbunden) Verständnis für das Gesehene + Alexie
Berührungs-, Lage-, Bewegungs-, Wärme-Empfindung usw.	Tasterinnerungen Verbindung der getasteten Einzeleindrücke zum Objekt Assoziation mit dem optischen und akustischen Erinnerungen an das Objekt

der Nervenkrankheiten. Herausgegeben von H. Curschmann. Berlin 1909).

D. Apraxie. Erhaltensein der groben Kraft und Koordination, die Einzelbewegungen sind präzise und kräftig. — Erloschensein der Erinnerungen an die richtige Reihenfolge der Innervationen beim Gebrauch.

Lokalisation:	Klinisches Bild:
a) Herde, die das linke Handzentrum zerstören	Lähmung der rechten, Dyspraxie der linken Hand
b) Balkenherd, Zerstörung der Assoz.-Bahn zwischen rechten und linken Handzentrum	Reine Dyspraxie der linken Hand
c) Herd im Scheitellappen hinter dem Handzentrum	Ideokinet. Apraxie rechts, Dyspraxie links.

		Erhalten	Verloren
1. Ideokinetische Apraxie (motorische)	cf. oben	Automatisches Handschließen, wenn die Hand etwas hält. Korrektes Schreiben von Buchstaben, die aber verwechselt werden	Fast alle willkürlichen Bewegungen, statt dessen Fehlreaktionen: winken statt drehen, stramm stehen statt Handgeben. Haftenbleiben. Imitation von Bewegungen
2. Gliedkenetische Apraxie (motorische)	cf. oben	Grobe Bewegungen werden richtig aber ataktisch ausgeführt	Alle feineren Funktionen fehlen ganz (Unterschied von Ataxie) z. B. Pfeifen, Rufen, Pusten
3. Ideatorische Apraxie	cf. oben, meist mit Aphasie verbunden	Nachahmen kurzer Bewegungen auf mimischem und gestatorischem Gebiet	Selbständige Innervationen, statt dessen Entgleisungen. Bringt z. B. das Petschaft in die Flamme und drückt es dann auf die Siegellackstange

klatschen, Hände falten, knipsen, Finger spreizen — Zunge zeigen, Backen aufblasen, Zähne fletschen, lachen — drohen, winken, etschen, lange Nase machen, Kußhand werfen, militärischer Gruß, Schwur, Gebetshaltung.

β) Aufforderung zum Markieren von Zweckbewegungen: Markieren, wie man an eine Tür klopft, Fliegen fängt, Klavier spielt, Taktstock schlägt, klingelt (Zug — Handklingel), Geld aufzählt, Drehorgel spielt, Schwimmbewegung macht.

γ) Zweckbewegungen: Manipulieren mit Objekten, wie Zigarre rauchen, Licht anzünden, Wasser in ein Glas eingießen, siegeln, eine Marke auf ein Kuvert kleben, Knoten machen, würfeln, einen Quirl handhaben, Musikinstrumente spielen usw.

δ) Nachahmen lassen einfacher und komplizierter Bewegungen: a) optisch gegebener, eventuell b) kinästhenisch gegebener (man führt Patienten Arm und Hand).

f) Sehprüfung bei Aphatikern.

α) Ziffern vorlegen, durch die Fingerzahl anzeigen lassen, kleine Figuren sortieren lassen, Körnchen von verschiedener Größe auflesen lassen (Sago — Graupen — Reis — Erbsen — Bohnen). Die nicht mehr gesehenen, liegen bleibenden, geben ein Maß des Sehvermögens.

β) Gesichtsfelduntersuchung bei Aphatikern: Erbsen auf den Tisch in langer Reihe streuen, auflesen lassen. Linien halbieren lassen, Finger von dem gestörten Gesichtsfeld her ans Auge führen (Blinzelreflex).

g) Wortverständnis bei Apraktikern.

α) Man versucht den Kranken zunächst durch Worte, dann durch Gesten zum Nachahmen vorgemachter Bewegungen zu veranlassen.

β) Aufforderungen: Legen Sie die Hand auf die Stirn, fassen Sie sich ans Ohr, geben Sie mir die Hand, legen Sie die Beine übereinander, spreizen Sie die Beine, machen Sie die Augen zu, den Mund auf, zeigen Sie die Zunge, spitzen Sie den Mund, blasen Sie die Backen auf, runzeln Sie die Stirn.

γ) Fragen mit affektiver Betonung: Verstehen Sie mich, möchten Sie gern eine Zigarre, sind Sie ein Dieb, sollen wir Sie operieren?

8. Neurologische Simulationsprüfungen.*)

Vorbemerkung: Die nachstehenden Methoden zur Entlarvung der Simulation beweisen bei positivem Ausfall nicht, daß der Simulierende gesund, auch nicht, daß die Vortäuschung eine bewußte evtl. strafbare ist. Hysterische und absichtliche Vortäuschung sind durch die direkte Untersuchung in den meisten Fällen überhaupt nicht zu unterscheiden. Diese Unterscheidung muß auf dem Gebiete der allgemeinen Diagnostik erfolgen.

Für Hysterie zu verwenden sind: Der Nachweis von anderen nicht simulierbaren hysterischen Symptomen, die anamnestische Sicherstellung früherer hysterischer Krankheitserscheinungen (Schwindelanfälle, Krämpfe), starke physiognostisch deutliche Affektstörungen. Für geistige und körperliche Gesundheit und bewußte Simulation ist „der brauchbarste Beweis die Feststellung, daß der angeblich Kranke Arbeiten verrichtet, welche mit den von ihm geklagten Beschwerden unvereinbar sind.“ (Leppmann.)

a) Vortäuschung von Gefühlsstörungen.

Abstumpfung (Anästhesie, Hypästhesie: Man prüft die Kitzelreflexe an den Nasenlöchern, Achselhöhlen, den seitlichen unteren Teilen des Brustkorbes und des Bauches und an den Fußsohlen, ferner die Schleimhautreflexe an den Hornhäuten, den Bindehäuten und dem Rachen. Positiver Ausfall beweist, daß in der zugehörigen Region die Tastempfindung erhalten ist.

Man zieht auf der Haut in großer Ausdehnung Striche und Figuren, die zum wesentlichen Teil auf dem angeblich anästhetischem Gebiet liegen oder es durchziehen. Erkennt der Untersuchte die Form des Striches auch bei den ganz oder teilweise im unempfindlichen Gebiet liegenden Figuren, (Kreuze, Kreise, Zahlen) so ist erhaltene Berührungsempfindung bewiesen (Thiem).

Schmerz. Das charakteristische Merkmal des Schmerzes ist die blitzartig einsetzende Fluchtbewegung bei abgelenkter Aufmerksamkeit. Zur Ablenkung der Aufmerksamkeit brauche man bei Untersuchungen am Kopf das Augenspiegeln, an den oberen Extremitäten oder Rumpf die Lungen-

*) Leppmann in L. Becker, Simulation von Krankheiten und ihre Beurteilung. Leipzig 1908.

untersuchung. Man prüft die Schmerzpunkte, indem man sich unauffällig mit der Hand an der fraglichen Stelle festhält und einen schmerzhaften Reiz dabei ausübt. Weitere Zeichen der Schmerzempfindung sind: Die Blutwallung zum Gesicht (Bechterew), Pupillenerweiterung (Parrot) und Pulsveränderung (Rumpf-Mannkopf). Zur Ausführung der Rumpf-Mannkopfschen Prüfung ist notwendig, daß der Kranke längere Zeit vorher ruhig liegt, schon untersucht worden ist, daß seine Herztätigkeit gleichmäßig, nicht über 100 Pulse ist und daß Untersuchungen an anderen Körperstellen keine Pulsbeschleunigung ergeben. Unter diesen Voraussetzungen bewirkt eine schmerzhafte Reizung entweder eine Beschleunigung der Herztätigkeit oder eine kurzdauernde Verlangsamung mit rasch folgender Beschleunigung, oder ein kleinwerden des Pulses, oder ein unregelmäßigwerden desselben. (Münch. med. Wochenschr. 1907.) Die Pupillenerweiterung (Parrot) kann auch schon bei Erwartung des Schmerzes eintreten, ist also wenig brauchbar (Kramer in Deutsche med. Wochenschr. 1901). Die vorstehenden Zeichen können unter entsprechender Modifikation sowohl für schmerzunempfindliche wie für schmerzüberempfindliche Stellen verwandt werden.

Hyperalgesie. Bei echter Hyperalgesie ist der Schwellenwert der Schmerzhaftigkeit des faradischen Stromes herabgesetzt, d. h. ein verhältnismäßig geringer Rollenabstand, der an gesunden Teilen noch nicht unangenehm ist, ruft Schmerzen hervor. Für Hyperalgesie ferner verwendbar: Die Lehre von den Empfindungskreisen. Man setzt innerhalb des Empfindungskreises neben dem Schmerzpunkt den einen Finger fest auf, dann einen zweiten auf den Schmerzpunkt und läßt den ersten los. Bei echtem Druckschmerz wird der zweite Finger im Gegensatz zum ersten als schmerzhaft empfunden, von Simulanten nicht (Müller in Monatsschr. f. Unfall-Heilk. 1894, Nr. 1).

Spontaner Schmerz äußert sich in Haltung, gespanntem Gesichtsausdruck, Schlaflosigkeit, Appetitlosigkeit, Gewichtsverlust. Abgegrenzte Schmerzanfälle rufen das Rumpf-Mannkopfsche Zeichen hervor, ferner Schweißausbrüche, Blässe oder Kongestion. Fehlen der geschilderten physiognomischen Merkmale beweist die Abwesenheit behaupteter spontaner Schmerzempfindungen mit ziemlicher Sicherheit.

Analgesie. Prüfung mit dem faradischen Strom. Eine lange Drahtbürste wird quer über die Grenze zwischen fühlendem und gefühllosem oder zwischen überempfindlichem und normalempfindendem Hautgebiet gelegt. Darauf läß man den Strom bis zum Beginn deutlichen Schmerzes ansteigen und hebt nun

die Bürste abwechselnd auf der einen und der anderen Seite leise von der Haut ab. Auf der empfindenden Stelle wird der Schmerz dabei verdoppelt, auf der unempfindlichen Stelle muß die Empfindung aufhören.

b) Vortäuschung von Bewegungsstörungen.

Zittern: Simulierbar sind Zitterbewegungen, die grobschlägig oder von ungleichmäßiger Schlagstärke, langsam schlägig und koordiniert, durch Zusammenwirken mehrerer antagonistischer Muskeln entstehen. Die entsprechenden Muskelgruppen sind dann in starker Muskelspannung. Wenn das Zittern aufhört, sobald man die aktive Muskelspannung unmöglich macht, z. B. durch Verbringen in Bauch- oder Seitenlage mit rechtwinklig gelegenem Knie (Seeligmüller) oder den betreffenden Körperteil der Stütze beraubt, ist es der Simulation verdächtig.

Die Diagnose Zittersimulation kann gestellt werden, wenn das Zittern erstens simulierbar ist, zweitens bei Ablenkung oder in kurzer Zeit durch Ermüdung aufhört, drittens wenn es nur in bestimmten Zuständen der Muskelspannung vorhanden ist, viertens wenn eine Krankheit, durch die es erklärt würde, sonst nicht nachweisbar ist.

Sehnenreflexe: Speziell die allgemein bekannten des Kniescheibenbandes können durch Anspannen der Muskulatur verhindert werden. Vorzutäuschen, daß sie fehlen, ist unmöglich. Die Erhöhung des Kniereflexes wird gewöhnlich in der Weise vorzutäuschen gesucht, daß der Unterschenkel eine ausfahrende Bewegung macht, die jedoch meist vor oder nach dem eigentlichen Reflex fällt und von ihm bei genauer Beobachtung leicht abgrenzbar ist.

Organische Lähmungen: Kennzeichnen sich durch Abmagerung, elektrische Veränderung und Verteilung der Lähmung auf ein Gebiet, das von einem einzelnen Nervenstamm oder einem Rückenmarksabschnitt oder einem Gehirnbezirk versorgt wird (vgl. Zeichnungen und Tabellen). Das Babinskische Phänomen, echte Reflexsteigerung und Zitterkrampf des Fußes beweisen das Vorliegen einer organischen Läsion. Störungen der Empfindung und der Hautreflexe sprechen für eine hysterische Lähmung.

Für psychogene Lähmungen ist charakteristisch, daß nicht bestimmte Muskeln gelähmt sind, sondern daß bestimmte Bewegungsformen nicht ausgeführt werden können. Die Schwäche bei der Lähmung kann vorgetäuscht werden durch paradoxe Kontraktion der Antagonisten.

Entlarvung nach Stöstin, Münch. med. Wochenschr. 1902, S. 1521: Er verlangt die Ausführung einer bestimmten Bewegung, z. B. Beugung im Ellenbogengelenk, setzt der Ausführung einen mäßigen Widerstand entgegen und läßt plötzlich los. Bei Gesunden und leicht Gelähmten schnellt die Hand nach vorn, bei Simulation bleibt sie stehen (unzuverlässig bei schmerzhaften Gelenkerkrankungen. vgl. Niedner, Münch. med. Wochenschr. 1902).

Bei Dynamometerprüfungen wird fast stets simuliert. Man kann die Simulation sehr häufig dadurch entlarven, daß bei fortgesetzter Arbeit in 10 Sekundenpausen nach 30 Einzelleistungen noch keine Ermüdung eintritt, wenn keine volle Kraft angewandt worden ist. Die Prüfung der Kraft der Arme muß unauffällig geschehen durch Beobachtung beim An- und Ausziehen namentlich der Stiefel.

Prüfung nach Erben, Wiener med. Presse 1901, S. 25: Man hebt den gelähmten Arm in die Höhe und mahnt „ihn langsam, damit er geschont werde, sinken zu lassen". Eventuell mit Unterstützung eines Fingers.

Prüfung nach Sachs und Freund: Man läßt den Kranken bald in Rücken- bald in Bauchlage auf schmalem Untersuchungstisch liegen, so daß die Arme herunter hängen, und läßt dann die angeblich gelähmten Bewegungen ausführen. Für die verschiedenen Situationen und die Wirkung der Schwerkraft ist kein Mensch imstande, sich in der Geschwindigkeit die Funktionen zu überlegen, die ausfallen müssen.

Kontrakturen kann man durch einen Ermüdungsversuch auf ihre Echtheit prüfen. Man legt z. B. bei Streckkontraktur des Kniegelenks den Untersuchten so auf den Tisch, daß das gesunde Bein auf einer Fußstütze ruht, das kontrakturierte vom Knie ab in der Luft schwebt. Bei echter organischer und bei hysterischer Kontraktur treten Ermüdungserscheinungen auch nach Stunden noch nicht auf, der Simulant wird schon nach Minuten durch tiefere und unregelmäßige Atmung seine Ermüdung verraten und das Knie senken müssen.

c) Simulation des epileptischen Krampfanfalles

ist bei geschickter Ausführung fast nicht zu entlarven. Die Prüfung der Pupillen kann unmöglich sein, wenn diese wie gewöhnlich unter die oberen Lider gerollt werden. Analgesie, Pulsveränderungen, Schaum vor dem Munde können teils vorgetäuscht werden, teils entstehen sie von selbst durch die Anstrengungen der Zuckungen. Sowohl beim epileptischen wie beim großen hysterischen Anfall ist der mimische Aus-

druck maßgebend, der beim Kranken immer ein gequälter oder tief benommener, beim Simulanten mehr der eines in höchster Anspannung befindlichen Preisringers ist.

d) Simulation von Schwindel.

Schwindel ist glaubhaft, auch wenn er sich in keinem objektiv nachweisbaren Symptom äußert, als Höhenschwindel und als anfallsweiser (epileptiformer) Schwindel. Die isolierte Unfähigkeit Leitern und Gerüste zu besteigen bleibt nach Kopfverletzungen oder Sturz aus der Höhe außerordentlich häufig zurück. Beide genannte Formen könnnen gewöhnlich durch Zeugenvernehmung kontrolliert werden. Objektiv kann der Schwindel durch das Bückphänomen und durch das Rombergsche Phänomen hervortreten. Verdächtig sind hier gerade die allergrößten Störungen, bei denen der Untersuchte schon bei offenen Augen wie ein Betrunkener schwankt und bei Augenschluß umfällt.

Verbindung der Prüfung mit der Hautgefühlsprüfung: Stellen Sie die Füße ganz zusammen, schließen Sie die Augen, und passen Sie genau auf. Sie sollen mir sagen, wenn ich Sie berühre und steche (Leppmann). Oder im Anschluß an die Prüfung der Gesichtssensibilität unter dem Vorwand einer Prüfung an den Liddeckeln (Rumpf). Oder bei Gelegenheit der Prüfung der Augenbewegungen dadurch, daß der Blick eine Zeitlang gegen die Decke gerichtet wird, wobei das Rombergsche Schwanken ebenso auftritt wie bei Augenschluß. Oder in Verbindung mit der Koordination, indem man beim Finger-Nasenversuch die Füße und die Augen schließen läßt. Ein Zeichen, daß das Schwanken echt ist, ist das von Bloch geschilderte Emporsteigen der Kniescheiben, bei der Anstrengung sich im Gleichgewicht zu halten.

Das Auftreten des Schwindels beim Bücken äußert sich in blutrotem Kopf, in Erblassen nach dem Aufrichten, in Pulsveränderungen, in krampfhaftem Emporhalten des Kopfes beim Bücken. Man prüft ihn am besten durch die Beobachtung beim An- und Ausziehen.

e) Gesichtsfeld.

Bei der Prüfung des Gesichtsfeldes kann man Simulation leicht entlarven.

a) Durch wiederholtes Aufnehmen des Gesichtsfeldes an verschiedenen Tagen, da die Gesichtsfeldgrenzen sehr konstant

sind und nur in gesetzmäßiger Weise durch die Übung sich etwas erweitern.

b) Man prüft das kampimetrische Gesichtsfeld, d. h. statt am Perimeter an einer Tafel oder Wand (Schmidt-Rimpler) und in verschiedenen Entfernungen ($^1/_2$, 1, 2, 3 m). Unter normalen Verhältnissen wird bei steigender Entfernung das auf der Tafel abgegrenzte und mit dem Zentimetermaß ausgemessene Gesichtsfeld dem Gesichtswinkel entsprechend weiter werden müssen. Wenn bei doppelter bis dreifacher Entfernung das Gesichtsfeld sich gleich bleibt oder gar kleiner wird, kann auf beabsichtigte Täuschung oder Hysterie (röhrenförmiges Gesichtsfeld) geschlossen werden.

Nach dem Beispiel der vorstehenden können die meisten zu meßbaren Resultaten führenden Prüfungen zu Simulationsprüfungen verwandt werden. (Näheres L. Becker, Simulation von Krankheiten und ihre Beurteilung. Leipzig 1908.)

9. Simulation von Geisteskrankheiten.

Die Diagnose der Simulation kann auf folgenden Wegen versucht werden:

1. Durch Entlarvung, indem man dem Kranken Symptome suggeriert, die dem vorgetäuschten Krankheitsbild widersprechen.

2. Durch genaue Detailuntersuchung aller Gebiete des Seelenlebens. Fast jede Geisteskrankheit macht außer den volkstümlichen, vortäuschbaren Symptomen, Störungen des Affekts, des mimischen Ausdrucks der Assoziationen, die für sie charakteristisch sind und ein einheitliches dem Psychiater wohlbekanntes Ganze ergeben. Ein Simulant wird bei eingehenden Untersuchungen, wenn er sich auf sie überhaupt einläßt, niemals ein einigermaßen ähnliches Bild der Krankheit zustande bringen können. Beim Simulanten fehlen vor allem der Affektausdruck des Gesichts, das eher etwas ängstlich gespanntes oder abweisendes hat, die dem Affekt entsprechende Haltung, die Schlafstörungen, die für gewisse besonders die akuten und traumatischen Psychosen charakteristisch sind, und die den Erregungszuständen der Geisteskranken eigentümliche Unermüdbarkeit. Vorgetäuscht werden besonders gern Amnesie (Erinnerungsausfall), einfacher Blödsinn, isolierte Beeinträchtigungs- oder Größenideen. Nicht auf die Dauer vortäuschbar sind: Melancholie, tobsüchtige Erregungszustände, Delirien, Ideenflucht. Jedem Untersucher bekannt sein muß das Zustandsbild der G a n s e r schen h y s t e-

rischen Dämmerzustände (Archiv f. Psych. 98, Heft 2), bei denen die Kranken durch scheinbar absichtlich falsche Antwort (Vorbeireden) den zwingenden Schein der Simulation hervorrufen. Die Kranken antworten bei sonst geordnetem Verhalten z. B. 2 + 2 = 12. Er habe 10 Augen. Das Pferd habe 9 Beine. Die Bettdecke sei schwarz. Maßgebend für Psychose (Hysterie, Epilepsie, Katatonie) ist auch hier der Nachweis der Grundkrankheit aus anderen unverdächtigen Symptomen (Siemerling).

Das Geständnis der Simulation ist in den meisten Fällen vollkommen unbrauchbar. Es kommt gerade bei Geisteskranken oft vor und kann weiterhin den Zweck haben, aus der Anstalt zu entkommen oder vor Mitgefangenen zu renommieren. Im allgemeinen überlege man, daß man in sehr vielen Fällen die Frage der Simulation unerledigt lassen kann, da ja die meisten der beliebten Vortäuschungsformen, die auch bei Hysterie vorkommen (die Amnesie und das „Wildemannspiel" in der Untersuchungshaft) doch ohne Einfluß auf die Beurteilung des Zustandes zur Zeit der Strafhandlung sind.

Der Bestrafung einer von ihm nachgewiesenen Simulation soll der Arzt sich immer widersetzen. Er soll immer überlegen, daß es fast unmöglich ist, krankhafte Motive dabei auszuschließen. Die Folgerungen, die er aus dem Nachweis einer Vortäuschung zieht, formuliert er am besten so: der Ausfall der und der Prüfungen beweist, daß das Symptom organisch nicht begründet ist, sondern (aus vielleicht krankhaften Vorstellungen) vom Untersuchten absichtlich hervorgebracht wird. Man kann deshalb aus ihm auf Störungen, die über die Untersuchung fortdauern und zur Erwerbsbeschränkung oder Unzurechnungsfähigkeit führen, nicht schließen.

Fünfter Abschnitt.

Eingehendere Untersuchung und Schilderung akuter Geisteskrankheiten.

(**1.** Tabelle gebräuchlicher und kennzeichnender Ausdrücke für die Schilderung des Verhaltens.) Siehe umstehend S. 96—101.

2. Gedankeninhalt bei Affektstörungen*).

a) Schwermut.

Sind Sie traurig? Fühlen Sie sich unglücklich? Warum? Haben Sie sich irgendetwas vorzuwerfen? Haben Sie etwas getan? Worüber sind Sie denn traurig? Kommen Ihnen zuweilen auch traurige Vorstellungen und Gedanken? Daß Sie nicht mehr leben möchten? Wollen Sie sich noch jetzt das Leben nehmen? Haben Sie einmal einen Selbstmordversuch gemacht oder geplant? Seit wann sind Sie so traurig? Wann haben Sie zum letztenmale gelacht? Sind Sie denn immer traurig, oder können Sie auch mal heiter sein, wenn Sie z. B. eine lustige Geschichte lesen? (Witze Vorlesen). Wenn Sie nun bald wieder besser werden und wieder (arbeiten, nach Haus kommen oder dergl.) können, können Sie dann nicht auch vergnügter sein?

b) Hemmung.

Fällt Ihnen auch das Denken schwer? Wie geht es mit dem Aufstehen morgens? Könnten Sie jetzt arbeiten? Was fällt Ihnen denn hauptsächlich schwer? Können Sie auch Freude (Interesse) an Ihren Angehörigen, Ihrem Beruf, Ihrem Haushalt haben? Ist es Ihnen lieb, wenn Sie Besuch haben? Wenn Sie nun plötzlich gesund würden?

---

*) Ziehen, Erkennung und Behandlung der Melancholie. Halle 1896.

1. Tabelle gebräuchlicher und kennzeichnender

	Physiologisches Verhalten 1	Hyperkinese 2
a) Allgemeines Verhalten des sich selbst überlassenen Kranken.	Verharrt in ruhiger Stellung. Beobachtet die Dinge seiner Umgebung. Richtet beim Eintritt des Arztes seine Aufmerksamkeit auf diesen. Das Bettzeug liegt ordentlich, aber so im Bett, wie es für den Gebrauch des Kranken am dienlichsten ist.	Verläßt seinen Platz ohne sichtlichen Grund. Spricht den eintretenden Arzt von selbst an. Beschäftigt sich in auffälliger Weise mit seiner Umgebung. Schwatzt und singt vor sich hin. Entblößt sich, sitzt meist aufrecht im Bett. Das Bettzeug ist durcheinander geworfen.
b) Eintritt des Kranken ins Untersuchungszimmer.	Ruhig, geordnet, bescheiden, zielbewußt. Wahrt die seiner Erziehung entsprechende Höflichkeitsform. Nimmt auf Aufforderung Platz.	Ungeniert, polternd, herausfordernd, übermütig. Begrüßt ungefragt den Arzt. Setzt sich unaufgefordert hin. Beginnt selbständig Unterhaltung. Faßt greifbare Gegenstände spielend an. Steht auf, setzt sich wieder.
c) Während der Untersuchung.	Kommt allen Anforderungen nach. Die Einzelbewegungen folgen in verständlicher Ordnung. Die Ausdrucksbewegungen sind ruhig, energisch, rasch verständlich, selten, spärlich, lebhaft. Fragen werden sinngemäß und rasch beantwortet. Die Dauer der Einzeluntersuchung entspricht etwa den Normalzeiten.	Die Bewegungen sind an Zahl, Geschwindigkeit und Kraft vermehrt. Die Einzelbewegungen folgen sich so, daß man den Eindruck einer wenn auch krankhaften Beschäftigung (Beschäftigungsdrang) nicht gewinnt (Bewegungsdrang). Die Einzeluntersuchungen werden durch spontanes Handeln oder Sprechen des Kranken unterbrochen. Die Dauer der Einzeluntersuchung ist vermehrt.

Ausdrücke für die Schilderung des Verhaltens.

Akinese 3	Parakinese (Krankhafte Veränderungen ohne psychologisch verständlichen Zusammenhang) 4
Lage im Bett regungslos schlaff oder natürlich. Sieht bei Eintritt des Arztes nicht auf diesen hin, meist starr auf eine Richtung. Beim Ansprechen meist natürliche Reaktion. Beschäftigt sich nicht mit seiner Umgebung. Das Bettzeug liegt so, wie es vom Wärter hingelegt wird.	Liegt steif mit abgehobenem Kopf. In eigentümlichen Stellungen. Mit eigentümlichen Bewegungen. Beschäftigt sich nur mit sich selbst, nicht mit der Umgebung. Kümmert sich nicht um den eintretenden Arzt. Sucht Ansprachen und Fragen auszuweichen.
Muß in das Untersuchungszimmer geführt werden. Bleibt an der Tür stehen. Läßt sich mehrfach zum Sitzen drängen. Sitzt nur auf einem Teil des Stuhles. Hände müde im Schoß gefaltet, herabhängend. Augen gesenkt, geradeaus gerichtet. Muß mehrmals zum Reden aufgefordert werden.	Widerstrebt beim Hereinführen. Begrüßt den Arzt nicht, in unverständlicher Form. Im wahnhaften Sinne. Spricht ungefragt mit sich selbst. Geht zwecklos im Zimmer herum. Faßt zwecklos Dinge an, zerstört sie. Setzt sich auf Aufforderung nicht hin, antwortet nicht auf Ansprechen.
Aufforderungen und Fragen werden erst nach längerem Drängen beantwortet. Passive Bewegungen finden keinen Widerstand. Die Einzelbewegungen sind an Zahl, Geschwindigkeit und Kraft vermindert, aber geordnet. Untersuchungsdauer ist gegenüber der Norm verlängert. Ausdrucksbewegungen vermindert, fehlen ganz.	Die Untersuchungen, auch die passiven Bewegungen finden Widerstand, werden durch Widerstand unmöglich gemacht. Die Einzelbewegungen folgen sich so, daß sie zusammen keine verständliche Handlung ergeben; daß die einzelnen Handlungen ohne sinngemäßen Zusammenhang stehen; werden in sinnloser Weise wiederholt. Die Ausdrucksbewegungen sind unverständlich.

	Physiologisches Verhalten 1	Hyperkinese 2
d) Haltung	Ruhig, aufrecht, bescheiden.	Stolz, hochfahrend, hochmütig, keck, herausfordernd, drohend, ängstlich.
e) Gang	Ruhig, abgemessen, energisch, elastisch federnd, laut, leise rasch, langsam.	Tänzeln, hüpfen, schweben, springen, laufen, beflügelt, stürmisch, marschieren, stampfen.
f) Bewegungen der Extremitäten	Hände in ruhiger Haltung am Körper liegend. Beine unbewegt, gerade vor dem Körper oder verschränkt.	Hände, unruhig hin und her bewegt, tasten zwecklos oder nach Gegenständen auf dem Tisch, am eigenen Körper, am Körper des Untersuchenden herum. Betasten der erreichbaren Gegenstände, gegenseitiges Reiben der Finger, zur Faust geballt. Hände auf die Kante gestellt. Füße rücken hin und her, scharren den Fußboden. Knie auffallend übereinander geschlagen.
g) Stirn	Faltenbildung entspricht den Stimmungen des Untersuchten.	Heiterkeit: Faltenlose Stirn mit kleinen sternförmigen Fältchen um die Augen. Zorn: Längsrunzelung zwischen den Augenbrauen, die sämtlichen Stirnfalten nach der Mitte zusammengezogen.

Akinese 3	Parakinese (Krankhafte Veränderungen ohne psychologisch verständlichen Zusammenhang) 4
ängend, apathisch, lasch, schlaff, nachlässig. Gebückt, gebeugt, gebrochen, gedrückt, wehmütig, schutzsuchend.	Durch Vergleiche meist zu schildern, z. B. in der Stellung eines schießenden Jägers, in Prediger-, Rednerpose, in Kruzifix-, Arc de cercle-Stellung. Gezwungen, verzwickt, verrenkt, mit verdrehten Gliedern.
efesselt, mühsam, schwerfällig, sich schleppend, schlürfend, schleichend, schwankend, zaudernd, mit gebundenen oder am Boden klebenden Füßen.	Meist zu schildern (z. B.: Wie ein galoppierendes und trabendes Pferd, oder: in auffallend gleichmäßig sich wiederholendem Rhythmus o o — o o —, oder: 3 Schritt vor, Verbeugung, 1 zurück, 3 Schritt vor, Verbeugung, 1 zurück usw.), stolzieren, sich trollen, schleichend, ungleichmäßig, Steppergang, kriechend, ataktisch in wechselnder Geschwindigkeit.
rme hängen schlaff herunter, Hände liegen schlaff ausgestreckt auf den Knien. upfen hastig (ängstlich, ratlos, erregt) am Anzuge des Kranken, Beißen und Saugen auf den Fingernägeln, Ringen der Hände, krampfhaftes Verschlingen der Hände ineinander.	Groteske Stellungen der Extremitäten, kreuzförmig ausgebreitet, hinter dem Kopf verschränkt, auffallend blaurote Färbung. Fortwährend wiederholte sinnlose Bewegungen. Haltung der Hände, die eine gewisse Geste erkennen lassen, die aus augenblicklichen oder früheren überstandenen psychischen Störungen zu erklären sind, z. B. krampfartiges Zuhalten der Augen, Ohren bei Stimmenhören und Gestaltensehen. Abwehrbewegungen bei erotischen Wahnideen.
ypochondrie: Querrunzelung der Stirn mit hochgezogenen Brauen.	Fortwährendes Wechseln der mimischen Stirnmuskulatur.

	Physiologisches Verhalten 1	Hyperkinese 2
h) Augen	Auge fixiert den Frager ruhig.	Lidschlag abnorm häufig, Augen schweifen herum, wandern unruhig umher. Augenspalte abnorm weit Augen auffallend glänzend.
i) Mimischer Gesamteindruck	Der Lage des Untersuchten entsprechend.	Heiter, zornig, erregt, wechselnd. Strahlend, liebenswürdig, fröhlich, übermütig; gereizt drohend.
j) Klang der Stimme	In natürlichem Tonfall. Melodisch, singend, fröhlich, gemütlich. Laut, leise, energisch, fordernd, zornig, drohend, vorwurfsvoll, abweisend, schnippisch, pickiert, mitleidig, schmeichlerisch, bittend, flehend.	Schrill, rauh, herrisch, gellend leidenschaftlich, aufgeregt kreischend, keifend, polternd krähend, schreiend.
k) Aussprache	Ruhig, deutlich, abgemessen, gut verständlich, plaudern, erzählen, berichten.	Hastig, überstürzt, prononziert scharf.
l) Wortfolge	Ruhig, verständlich, in zusammenhängenden Sätzen und festem Gedankengang.	Ideenflüchtig, die einzelnen Sätze zerrissen, durchspickt mit Fremdworten, Klangassoziationen, Reimen. Die Sätze ohne inneren Zusammenhang, von äußeren Eindrücken leicht abgelenkt ohne feste Zielvorstellung.

Akinese 3	Parakinese (Krankhafte Veränderungen ohne psychologisch verständlichen Zusammenhang) 4
ugen niedergeschlagen, auffallend matt. Lider gesenkt oder halb geschlossen.	Die Augen weichen dem Untersucher aus, sind ins Blaue gerichtet. Die Lider sind fast krampfhaft geschlossen.
chwermütig, gedrückt, wehmütig, wehleidig, hypochondrisch, weinerlich; ängstlich, furchtsam, scheu; schlaff, müde, trostlos, regungslos.	Unverständlich, grimassierend, schneidet Fratzen und Gesichter. Widerspruchsvoll. Der Gesichtsausdruck drückt in rascher Abwechselung entgegengesetzte Stimmungen aus, oder die einzelnen Teile des Gesichts verschiedene.
lüsternd, murmelnd, raunend, hauchend, tonlos.	Durch Vergleiche zu schildern: Im Grotesktone, im Prediger-, Redner-, Kommandotone, mit verstellter Fistelstimme, weinerlich, wehleidig, jämmerlich, schnarrend, näselnd.
erwischt, apathisch, nachlässig, unverständlich, murmelnd, reimend.	Stockend, abgehackt, stotternd, geziert, gemacht, mit Fremdwörtern gespickt, in unnatürlichem angenommenen Akzent, Jargon. Artikulatorisch verwaschen, Silbenstolpernd, skandierend.
lebend, haftend. Statt ganzer Sätze einzelne hervorgestoßene Worte.	Wortsalat: Schon die einzelnen Sätze sind in unverständlicher Weise zerrissen, mit unverständlichen Worten durchsetzt, innerlich ohne Zusammenhang und verständlichen Inhalt.

c) Angst.

Haben Sie Angst? Oder in letzter Zeit manchmal Angst gehabt? Wo sitzt oder fühlen Sie die Angst? Wovor haben Sie denn Angst? Kommen Ihnen auch ängstliche Vorstellungen? Welche? Daß man Ihnen etwas tun wolle? Daß Sie selbst etwas anrichten könnten oder angerichtet hätten? Fühlen Sie die Angst immer gleichmäßig oder bald schlimmer, bald leichter? Seit wann sind Sie so ängstlich?

d) Reizbarkeit.

Sind Sie auch reizbarer, leichter aufgeregt als früher? Haben Sie Beschwerden? Daß Sie schlecht behandelt werden? Quält Sie lautes Geräusch in Ihrer Umgebung sehr? Regt Sie jeder Lärm in Ihrer Umgebung auf, oder sind es nur gewisse Vorgänge, gegen die Sie empfindlich sind? Können Sie dann an sich halten oder müssen Sie schelten? Steigt Ihnen denn das Blut zu Kopfe, oder haben Sie sonst unangenehme Gefühle, wenn Sie erregt sind? Wie lange dauert die Aufregung gewöhnlich an? Sind Sie rasch beruhigt?

e) Mißtrauen.

Kommen Ihnen zuweilen mißtrauische Gedanken? Gegen bestimmte Personen? Haben Sie Grund zum Mißtrauen? Irgendetwas bemerkt, das Sie mißtrauisch machen müßte? Waren Sie schon von jeher mißtrauisch veranlagt, oder sind Sie es durch Ihre Beobachtungen erst geworden?

f) Heiterkeit.

Warum sind Sie so lustig, übermütig? Sind Sie immer so übermütig? Haben Sie denn Grund dazu? Werden Sie denn nicht müde, wenn Sie fortwährend reden und herumlaufen? Sind Sie immer so heiter oder manchmal auch traurig? Fühlen Sie sich besonders stark? Haben Sie denn einflußreiche Freunde? Sind Sie nicht mit dem Kaiser gut bekannt? Sind Sie sehr reich, haben Sie viel Geld? Wieviel verdienen Sie wohl? Haben Sie irgendwelche Erfindungen gemacht? Sind Sie krank? Ist es denn nicht traurig für Sie, hier sein zu müssen?

3. Desorientierung.

a) Örtliche Orientierung.

1. Über die nächste Umgebung: Womit sind Sie denn jetzt beschäftigt? Zählen Sie mir mal auf, was für Kleider Sie am Körper haben! Zeigen Sie mir mal, was Sie in der Hand haben? Stehen Sie eigentlich jetzt, oder sitzen Sie, oder liegen Sie? Warum liegen Sie denn im Bett? Zeigen Sie mir doch mal ihre linke Hand? Strecken Sie, bitte, die ersten 3 Finger der linken Hand aus, Daumen, Zeigefinger und Mittelfinger! Heben Sie, bitte, den rechten Arm senkrecht in die Höhe! Wie weit ist von Ihnen bis zum Fenster? Bis zur nächsten Wand? Augen schließen und bedecken, dann: Zeigen Sie in der Richtung nach dem Fenster, nach der Tür, nach dem Fußende Ihres Bettes! Wie weit ist von Ihnen bis zur nächsten Wand? Bis zur Tür? Wer steht Ihnen am nächsten? Was für Menschen sind jetzt im Zimmer? Dann Augen wieder öffnen, und zur Kontrolle die gleichen Fragen wiederholen. Aufstehen lassen; gehen Sie nach dem Fenster, nach der Tür! Suchen Sie Ihr Bett wieder! Öffnen Sie das Fenster! Schließen Sie die Tür auf! Womit waren Sie eben beschäftigt? Geben Sie mir die rechte, linke Hand! Legen Sie sich auf die rechte Seite! Hängen Sie die Beine aus dem Bett heraus! Strecken Sie die Hand senkrecht zur Decke empor!

2. Über die weitere Umgebung: Wo sind Sie hier? In was für einem Hause sind Sie hier? In welcher Stadt? Was ist dies für ein Zimmer? In welchem Saal schlafen Sie? Wer liegt neben Ihnen? Mit was für Leuten sind Sie im Saal zusammen? Kennen Sie mich? Wer bin ich? Wer ist das? (Anwesende Pfleger, Angehörige usw.) Was sind das für Herren? (z. B. die Hörer in der Klinik). Wie heißen die Ärzte? Wie heißt die Schwester (Oberwärter), die Pfleger usw.? Wann und wie oft kommen die Ärzte zu Ihnen? Kennen Sie irgendjemanden hier von früher her? Haben Sie mich früher schon gesehen? Seit wann, woher kennen Sie mich?

b) Zeitliche Orientierung.

1. Gegenwart: Welches Jahr haben wir jetzt? Ist es Frühjahr, Sommer, Herbst oder Winter? Welchen Monat im Jahr? Welches Datum im Monat? Welchen Wochentag? Welche Stunde ist jetzt etwa? Vor oder nach dem Mittagessen?

2. Jüngstvergangenes: Wie lange sitze ich jetzt schon bei Ihnen? Wo haben Sie heute Nacht geschlafen? Wo waren Sie gestern, vor einem Monat, letzte Weihnachten, letzte Pfingsten? Seit wann sind Sie hier bei uns? Wann wird hier Mittag gegessen? Wann stehen Sie auf? Um welche Stunde kommen die Ärzte? Wie oft kommen die Ärzte am Tage? Wann ist Besuchszeit? Wer hat Sie hierher gebracht? Auf welchem Wege, um welche Stunde sind Sie hereingekommen? Was haben Sie heute, gestern zu Mittag gegessen? Haben Sie heute schon etwas gearbeitet? Haben Sie gestern auch gearbeitet? Wie lange und was?

3. Längstvergangenes: Wann haben Sie geheiratet? Wie heißt Ihre Frau mit dem Mädchennamen? Wann ist Ihre Frau geboren? Haben Sie Kinder? Wieviele? Wann sind die geboren? Wie heißen Ihre Eltern? Wann sind sie geboren? Wie alt sind die Eltern, leben sie noch? Wann sind sie gestorben? Wie heißen Ihre Geschwister? Wo wohnen sie, wann sind sie geboren? Aus welcher Klasse sind Sie konfirmiert? Wie hießen Ihre Lehrer? Der Pastor, der Sie konfirmiert hat? Sind Sie Soldat gewesen? Wann eingetreten, wann entlassen? Bei welchem Regiment? Sind Sie avanciert? Wie hieß der Oberst, der Hauptmann, unter dem Sie gedient haben? Welche Stellungen haben Sie in den letzten 3 Jahren innegehabt? Wo, in welchen Straßen haben Sie in dieser Zeit gewohnt? Wo und wann haben Sie zuletzt gearbeitet?

4. Sinnestäuschungen.

a) Gehör.

Haben Sie irgend Auffälliges bemerkt, was Sie sich nicht erklären konnten? Hat Sie irgendetwas beunruhigt? Haben Sie Stimmen gehört? Ich meine Zurufe oder heimliche Worte von irgendwoher, von unsichtbaren Stimmen oder von Leuten, die gar nicht da waren? Oder hören Sie besonders scharf, Gespräche, die andere nicht hören können? Haben Sie die Stimmen deutlich sprechen hören, so deutlich, wie ich jetzt mit Ihnen spreche, oder heimlich? Unterscheiden sie sich von der gewöhnlichen Sprache, sind sie laut, leise, hoch oder tief, nah oder entfernt, so laut, daß wir sie auch hören müßten? Können Sie die Stimmen nachahmen? Waren es Bekannte, die von Ihnen sprechen, Männer oder Frauen oder Kinder? Kommen die Stimmen aus Ihrem Kopf selbst, oder hören Sie ganz deutlich, daß sie von draußen kommen? Auf welchem

Ohre hören Sie die Stimmen? Können Sie die Leute, von denen die Stimmen kommen, sehen oder fühlen? Haben Sie hier auch schon was gehört? Haben die anderen Kranken Bemerkungen über Sie gemacht? Sind die Stimmen Ihnen unangenehm? Warum? Machen sie Sie ängstlich oder ärgerlich?

Was sagen die Stimmen? Schelten sie, rufen sie Ihnen Sticheleien, Beleidigungen oder Drohungen zu? Sprechen die Stimmen mit Ihnen oder über Sie? Geben Ihnen die Stimmen Befehle, oder verbieten sie Ihnen etwas? Antworten die Stimmen auf Ihre Gedanken? Sprechen sie Ihre Gedanken nach oder voraus? Hören andere, was Sie denken? Hören Sie auch Worte der Verachtung, bestimmte Redensarten? Macht man Ihnen Vorwürfe? Sind die berechtigt? Was haben Sie verbrochen? Wiederholen Sie mir wörtlich, was Sie hören! Sind es einzelne Worte oder ganze Sätze und Gespräche? (Man lasse den faradischen Apparat schnurren oder halte dem Pat. die Ohren zu oder die Uhr vor die Ohren.) Horchen Sie jetzt mal, ob Sie in diesem Augenblick Stimmen hören! Sind nun die Stimmen in Wirklichkeit da? Oder konnte das vielleicht krankhaft sein? Glauben Sie denn, daß wir die Stimmen auch hören müssen?

b) Gesicht.

Haben Sie irgend etwas Auffälliges gesehen? Haben Sie vielleicht Gestalten, unnatürliche Bilder an der Wand, lebende Bilder, Feuer, Funken, Tiere, sich bewegende Menschenmassen, Geld, Fäden, Draht, Schattengestalten, Nebelgestalten gesehen? Haben Sie dabei Angst bekommen? Waren die Dinge in natürlicher Größe? Bewegten sie sich auf Sie zu oder von Ihnen weg? Bewegen sich die Dinge mit, wenn Sie die Augen bewegen? Haben sie eine bestimmte Farbe? Können Sie sie greifen? Haben Sie im Halbschlaf manchmal merkwürdige Gestalten gesehen? Sehen Sie sie nur nachts oder auch am Tage? (Man lasse den Pat. die Augen schließen und drücke leicht auf die geschlossenen Augen oder halte ihm einen glänzenden Knopf oder am besten ein großes, ganz leeres Blatt Papier vor oder führe ihn ans Fenster.) Was sehen Sie jetzt? Lesen Sie mir mal vor, oder erzählen Sie mir mal!

c) Geruch, Geschmack.

Haben Sie auffällige Gerüche oder einen merkwürdigen Geschmack in den Speisen wahrge-

nommen? Hat man Sie vergiften wollen? Waren die Gerüche angenehm oder unangenehm? Was haben Sie sich dabei gedacht, woher der Geruch oder Geschmack kommen könnte? Ist da irgend etwas gewesen, was Ihnen schaden sollte? War der Geruch dauernd, oder wurde er vielleicht mit einem Luftzug zugeweht?

d) Berührungstäuschungen.

Bemerken Sie manchmal an Ihrem Körper auffällige Berührungen oder Empfindungen, als ob man Sie hypnotisiere, aus der Ferne beeinflusse? Oder als ob Sie geschlagen oder geküßt oder angefaßt oder gestochen oder elektrisiert würden? Sind diese Berührungen schmerzhaft oder beängstigend oder unangenehm? Werden auch unanständige Berührungen an Ihnen vorgenommen?

e) Muskelsinn.

Werden Sie auch zu Bewegungen gegen Ihren Willen veranlaßt? Zum Aussprechen bestimmter Worte? Zu Armbewegungen, zum Gehen an gewisse Orte gegen Ihren Willen?

f) Raumsinn.

Hatten Sie Empfindungen gehabt, als ob Sie gehoben oder fortgetragen würden?

5. Wahnideen.

a) Krankhafte Eigenbeziehung.

Ist Ihnen aufgefallen, daß man Sie auf der Straße oder zu Hause oder hier im Zimmer beobachtet oder belauscht? Oder daß man sich mit Ihnen zu tun macht? Oder sich für Sie interessiert? Oder glauben Sie, daß man etwas mit Ihnen vorhat? Ist es für Sie Gutes oder Schlimmes? Haben Sie manchmal bemerkt, daß die Leute beim Sprechen Sie meinten? Hat mal was in der Zeitung über Sie gestanden? Oder in einem Buch? In der Bibel, was sich auf Sie bezog? Kennen Sie irgend jemanden von früher? Haben Sie einen von uns schon früher gesehen? Seit wann, woher kennen Sie den? Hat er Ihnen irgendwie unrecht getan?

b) Kleinheitswahn.

Kommen Ihnen auch manchmal traurige Gedanken? Was haben Sie denn für Sorgen? Ängstigen Sie sich um irgend etwas? Machen Sie sich Vorwürfe? Haben Sie irgendwas Unrechtes getan? Haben Sie das Gefühl, als ob Sie an den Leiden ihrer Umgebung schuld wären? Oder werfen andere Ihnen vor, daß Sie irgendwas begangen hätten? Haben die Leute recht damit, daß sie Ihnen das vorwerfen? Haben Sie Angst, ins Gefängnis zu kommen? Sorgen Sie sich denn darum, daß Sie Ihr Vermögen verlieren? Daß Sie nicht mehr arbeiten können, daß Ihre Familie nicht mehr leben kann? Machen Sie sich auch Sorgen um Ihre Gesundheit? Wo am Körper fehlt es Ihnen? Haben Sie irgendwelche Krankheitszeichen an sich bemerkt? Ist im Kopf oder an den Gliedern oder im Leib etwas verändert? Ist denn irgendwas von Ihrem Körper sichtbar verändert, was Sie mir zeigen könnten? Woran haben Sie diese Veränderungen bemerkt? Hat Ihnen jemand diese Veränderung beigebracht?

c) Verfolgungswahn.

Kommen Ihnen zuweilen mißtrauische Gedanken? Hat man versucht, Sie zu verleumden? Zu bedrohen? Zu verfolgen? Oder Sie in anderer Weise zu benachteiligen? Hat man Sie bestohlen? Haben Sie Feinde? Hat man Sie irgendwie belästigt oder beschimpft oder verfolgt oder bedroht? Hat man Ihnen unrecht getan? Hat man versucht, Sie zu schädigen oder Sie zu verleumden, oder hat man Ihnen irgend etwas getan? Erzählen Sie mal, womit? Warum werden Sie so verfolgt? Von wem gehen die Verfolgungen aus? Was haben die Verfolger für eine Ursache, einen Zweck dabei? Ist das ein ganzes Komplott von Menschen, die sich gegen Sie verschworen haben, oder geht alles von einzelnen aus? Ist auch Ihre jetzige Umgebung, Ihre Familie im Komplott? Wie leben Sie mit Ihrer Familie, Ihrer Frau, ist sie Ihnen treu? Haben Sie irgend etwas bemerkt, was Sie daran zweifeln läßt? Erzählen Sie mal, was Sie darüber wissen. Wann haben die ersten Verfolgungen begonnen? Sind sie stets gleichmäßig fortgeschritten, oder war es zeitweise besser? Sind Sie denn Ihrer Beobachtungen ganz sicher, oder glauben Sie, daß eine Täuschung möglich wäre? Halten Sie Ihre Aufnahme in die Anstalt (bei schon internierten oder interniert gewesenen Kranken) resp. frühere Aufnahme in Anstalten für berechtigt? Wie denken sie sich dagegen zu schützen? Was gedenken Sie für Schritte gegen Ihre Verfolger zu tun?

d) Größenwahn.

Was haben Sie jetzt für Pläne (Heiratspläne)? Wollen Sie in Ihrem Beruf bleiben, oder haben Sie eine bessere Tätigkeit in Aussicht? Sind Sie denn zu etwas Höherem berufen? Oder steht Ihnen ein größeres Glück bevor? Fühlen Sie sich besonders kräftig und leistungsfähig? Haben Sie schon etwas Besonderes geleistet? Wie groß ist Ihr Vermögen? Sind Sie denn sehr reich? Wo stammt Ihr Vermögen her? Haben Sie nicht auch einen Ehrentitel? Stammen Sie vielleicht von hoher Abkunft? Oder haben Sie bemerkt, daß eine hohe Persönlichkeit sich für Sie interessiert? Wie haben Sie das bemerkt? Haben Sie nicht auch einflußreiche Freunde? Haben sie sich schon einmal an den Kaiser gewandt? Wie kommt es denn, daß Sie hier (3. Klasse liegen, im Gefängnis sind, so einfach essen müssen u. dgl.?) Hat Gott selbst auch mit Ihnen gesprochen? Wie haben Sie das bemerkt? (Man suche durch diese oder andere Suggestivfragen den Kranken zur Steigerung der Größenideen zu verführen, z. B.: Sie haben doch auch 2 Millionen, 100 Millionen)?

6. Untersuchung des nicht antwortenden Kranken.

(Aphasiegruppe vgl. S. 80—87. Beobachtung vgl. Tabellen Abschnitt V, S. 96—101.)

a) Aufforderungen: Kommen Sie aus dem Bett! Knien Sie, setzen Sie sich hin! Schreiben Sie Ihren Namen, Geburtstag, das heutige Datum! Ziehen Sie sich aus! Geben Sie mir die Hand, strecken Sie die Zunge heraus, ich will sie abschneiden! Kommt der Kranke den Aufforderungen nach? Schilderung der Bewegungen nach der Tabelle Abschnitt V, 1, c.

b) Zurückschlagen der Decke, zieht der Kranke sie wieder hoch? Arme heben, loslassen: Fällt der Arm herab? (Resolution), wird er langsam hingelegt? (Physiologisch) oder zwangsmäßig stundenlang ohne Ermüdungszeichen in genau gleicher Lage erhalten, bis der Untersucher selbst die Stellung ändert? (Flexibilitas cerea, Katalepsie) oder wird er willkürlich in ähnlicher Lage festgehalten, bis er durch Ermüdung, nach etwa 10 Minuten, herabsinkt? (Pseudokatalepsie.) Derselbe Versuch wird mit sämtlichen Gliedern nacheinander angestellt, die man in verzwickte, unbequeme Stellungen bringt. Augen öffnen: Bleiben sie offen, oder werden sie krampfhaft geschlossen? Passive Bewegungen des Kopfes, des Unter-

kiefers, der Extremitäten: Ist der Widerstand vermindert oder vermehrt, fühlen sich die Glieder biegsam wie Wachs an? Aufsetzen, hinstellen: Fällt der Kranke um? Nahrung reichen: Fließt sie aus dem Munde wieder heraus, werden die Zähne krampfhaft zugekniffen, wird sie wieder zurückgewiesen, herausgespuckt?

c) Vormachen von Gesten, Schlagen auf die Schenkel, Klatschen in die Hände, Trampeln: Werden sie nachgeahmt (Echopraxie). Vorsprechen von Worten: Werden sie nachgesprochen (Echolalie).

d) Augen öffnen: Langsames Zufahren mit dem ausgestreckten Finger an das Auge: Blinzelt das Auge? Einstechen einer stumpfen Nadel in die Nasenschleimhaut, Durchstechen einer Hautfalte, Druck auf die hysterogenen Zonen: Sind Tränensekretion, Rötung des Gesichts, Pulsbeschleunigung, Abwehrbewegungen, Fluchtbewegungen zu beobachten?

e) Affektiv betonte oder grob komische Fragen: Tritt eine Affektäußerung ein? Geeignet: Möchten Sie gerne nach Haus, Ihre Angehörigen sehen? Wir müssen Sie jetzt operieren. Oder andererseits: Hat ein Hund Haare, hat die Gurke Haare, kann ein Vogel fliegen, kann ein Nachtwächter fliegen, kann man sich mit Selterwasser betrinken u. dgl.?

f) Unterscheidung schlafähnlicher Zustände. 1. Natürlicher Schlaf: Enge Pupillen, erweckbar. 2. Somnolenz: Ebenso, aber Wiedereinschlafen nicht zu verhindern. 3. Sopor, Lethargie: Nur durch starke Reize erweckbar, sonst wie 2. 1—3 Sehnenreflexe gesteigert, Hautreflexe herabgesetzt. 4. Koma: Nicht erweckbar, Pupillen und Sehnenreflexe herabgesetzt, bis erloschen. Babinski pathologisch. 1—4 Muskulatur entspannt. 5. Stuporzustände: Bei Rütteln und passiven Bewegungen Widerstand, aber keine Änderung des Zustandes. Muskulatur gespannt. Keine Störungen der Reflexe. 6. Hysterischer Scheinschlaf: Augen blinzeln, vereinzelte Konvulsionen, hysterische Anfälle bei Druck auf die hysterogenen Zonen.

Sechster Abschnitt.

Entwicklungsstufen und Prüfung des geistigen Besitzstandes*).

1. Anzeichen des angeborenen Schwachsinns.

a) In der ersten Kindheit.

1. Der Säugling ist schwer zum Trinken zu bringen, jede veränderte Darreichung der Nahrung ist ihm schwer anzugewöhnen. 2. Auf akustische oder optische Reize reagiert das schwachsinnige Kind in den ersten Monaten wenig oder gar nicht, so daß oft der Verdacht von Gehör- oder Sehstörungen auftaucht. 3. Die aufrechte Körperhaltung, speziell des Kopfes, wird erst nach dem ersten Jahre erlernt. 4. Die Erziehung zur Sauberkeit mit Stuhl erweist sich mit dem dritten Jahr noch nicht durchführbar, die Kinder empfinden auch das Liegen im Kot nicht als unangenehm. 5. Die schwachsinnigen Kinder lernen schwerer, unvollkommen und später laufen, spielen, sprechen; als Maßstab dient der Zeitpunkt, wann die Kinder gehen oder sprechen gelernt haben. 6. Sie sind Zärtlichkeiten gegenüber gleichgültig und selbst nicht zärtlich gegen die gewohnte Umgebung. Als Maßstab dient die Zeit, von wann an das Kind sich gegen Fremde anders verhält wie gegen die gewohnte Umgebung. 7. Frühzeitiges Masturbieren. 8. Auffällige oder stereotype Bewegungen und Haltungen, besonders rhythmisches Wiegen des ganzen Körpers.

b) Während der Schulzeit.

1. Unfähigkeit, bei dem Unterricht aufzumerken, und zwar schon im Beginn des Unterrichts. 2. Unfähigkeit, zu

*) Alle Fragebogen und Aufgaben sind in steigender Schwierigkeit angeordnet.

lernen, vorwiegend in den Fächern, wo eigene Mitarbeit verlangt wird (Wortrechnung, freie Wiedergabe des Gelesenen oder Gehörten, Aufsätze, Briefe, Naturgeschichte). Versagen in den vorwiegend Denkarbeit fordernden Oberklassen gegenüber den Gedächtnisarbeit fordernden niedrigen Klassen (besonders in höheren Schulen bemerkbar). 3. Unscharfes Denken, Neigung zu phantastischen Erzählungen, zur Lüge, Verleumdung, Zote*). 4. Moralische Minderwertigkeit, Neigung zum Stehlen, zur Grausamkeit, Tierquälerei, zur Unzucht. 5. Haltlose, maßlose, eventuell periodisch schwankende Stimmungen, Selbstmordversuche bei geringen Anlässen*).

c) In der Militärzeit.

1. Unfähigkeit, sich in die Disziplin zu finden; daher sind die Schwachsinnigen die Opfer der Soldatenmißhandlungen, werden häufig disziplinarisch bestraft und machen schließlich Selbstmordversuche. 2. In der Haft oft psychogene Ausnahmezustände, die eventuell als Simulation gedeutet werden. 3. Neigung zu geringen Eigentumsvergehen (Putzmittel) und Fahnenflucht (Heimweh).

d) Im späteren Leben.

1. Der Schwachsinnige gilt im Heimatsort als beschränkt, albern oder dumm. Wird von den Kindern und Mädchen gehänselt. 2. Ist nur als Nebenarbeiter, nicht zu selbständiger Arbeit fähig. 3. Verwaltet sein Einkommen oft nicht selbst, gibt es den Eltern oder Ehegatten ab. Leichte Bestimmbarkeit durch Fremde auch zu offenbar für ihn selbst unvorteilhaften, ungünstigen Handlungen*). 4. Intoleranz gegen Alkohol*). 5. Reizbarkeit, Rachsucht und Grausamkeit. Neigung zu zwecklosem (!) Lügen*), Verleumden, zu kleinlicher Rachsucht, Undankbarkeit, Mangel an Liebe zu den Eltern. 6. Selbstgefälligkeit, Freude an Äußerlichkeiten, an geschraubtem Stil*). 7. Mädchen und Frauen aus geordneten Verhältnissen lassen sich trotz guter Erziehung mit Kutschern u. dgl. in Geschlechtsverkehr ein; begehen trotz reichlicher Mittel Diebstähle und Veruntreuungen.

---

*) Können auch auf psychopathischer Konstitution beruhen.

2. Prüfung der Intelligenz in der Kindheit.

a) Die Untersuchung der Intelligenz vor dem Schuleintritt

mit einem Verzeichnis der dafür geeigneten Gegenstände.

Erkennen und Gebrauch von einzelnen Gegenständen und Bildern, von Haustieren und Farben, der eigenen Körperteile, gangbarer Münzen, von rechts und links, vorn, hinten, oben, unten, Löffel, Messer, Gabel, Tasse, Fläschchen, Pappnachbildung einiger Früchte. Kleine künstliche Maus mit Uhrwerk, ferner Pfeife, kleines Spielzeug, Klavier mit Metalltasten, Drehdose, Puppe zum An- und Auskleiden, Vorhängeschloß mit Schlüssel, stumpfe Nadel zum Einfädeln, einfaches Bilderbuch, Portemonnaie oder Kästchen mit kompliziertem Verschluß.

b) Wissensschatz der einzelnen Schulstufen*).

Mit 7 Jahren: Zahlenkreis von 1—10. Kleine Additionen. Deutsche Schreib- und Druckschrift silbenmäßig. Beschreibung des Wohnhauses.

Mit 8 Jahren: Zahlenkreis von 1—100. Kenntnis von Mark und Pfennig, Meter und Zentimeter. Das kleine Einmaleins. Silbenlesen: Wiedergabe des Gelesenen. Beschreibung des Schulzimmers.

Mit 9 Jahren: Zahlenkreis von 1—1000. Kenntnis von Münzen, Meter. Kilogramm, Liter. Dividieren. Sicheres Lesen. Diktat kleiner Erzählungen. Pflanzen und Tiere in Feld und Flur. In der Heimatkunde: Der Fluß. Naturerzeugnisse. Anfänge des Kartenzeichnens.

Mit 10 Jahren: Zahlenkreis von 1—1000000. Die vier Spezies. Die gemeinen Brüche. Fließendes Lesen; zusammenhängende Inhaltsangabe; schriftliche Wiedergabe kleiner Erzählungen. Trennung einfacher und zusammengesetzter Wörter. Einfache grammatische Übungen. In der Heimatkunde: Gebirge, Heimatland, Einwohnerzahl, Grenzen, Höhenunterschiede.

*) Aus: Offizieller Bericht d. 2. Landes-Vers. d. Bayr. Med.-Beamten-Vereins. 3. Juni 1905. „Die geistige Minderwertigkeit im schulpflichtigen Alter“ v. Dr. Weygandt.

Mit 11 Jahren: Dezimalrechnung; Rechnen mit leichteren ungleichnamigen Brüchen; Zeitrechnung. Einiges Weltgeschichtliche, über Karl den Großen usw. Briefe, grammatische Übungen usf.

Mit 12 Jahren: Brüche, Umwandlung in Dezimalzahlen; Flächenmaße; Lohnrechnungen; einfache Prozent- und Zinsrechnungen. Nacherzählungen. Aufsatz- und Briefschreiben. Grammatische Übungen, indirekte Rede. Rittertum, Kreuzzüge, 30jähriger Krieg usw. Europa. Baumaterialien, Luft, Atmung, Schall, Barometer. Beleuchtung, Auge, Naturvorgänge wie Gewitter, Regenbogen usw.

Mit 13 Jahren: Prozent- und Kapitalrechnung, Berücksichtigung des Versicherungs- und Submissionswesens, Verkauf, Verpachtung. Flächenberechnung. Aufsätze. Deutsch-französischer Krieg usw. Fremde Erdteile, Bewegung der Erde. Wasserversorgung, Dampf, Bekleidung, Ernährung. Das Wichtigste über Bau und Pflege des menschlichen Körpers.

3. Prüfung des Restes der Schulbildung beim Erwachsenen*).

a) Geographische Kenntnisse.

In welcher Stadt sind Sie zu Hause? Wieviel Einwohner hat Ihr Wohnort? An welchem Flusse liegt er? Können Sie mir weitere Flüsse in Deutschland nennen? Waren Sie einmal verreist? Wo, wie lange? Was hat die Bahnfahrt gekostet? Zu welchem Staat gehört Ihr Heimatsort? Zu welcher Provinz? Was gibt es in Deutschland für Staaten? Wie heißt die Hauptstadt von Preußen, Deutschland, Bayern, England, Frankreich? Wie kommt man von hier nach Berlin, London, Italien, Amerika? Wie heißen die 5 Erdteile? In welchem Erdteil liegt Deutschland? In welchem Erdteil liegt China? Wie heißen die Himmelsrichtungen? Wie findet man sie? Wodurch kommt Tag und Nacht? Sehen wir den Mond immer gleichmäßig? Bewegt sich der Mond? die Erde, die Sonne? In welcher Weise?

b) Religiöse Kenntnisse.

Was ist die Bedeutung von Weihnachten, von Ostern, von Pfingsten? Auf welchen Tag fällt Weihnachten, Ostern,

*) Siehe Fußnote S. 110.

Pfingsten? Was wissen Sie von Adam und Eva, Moses, Josef, Kain und Abel? Wann ist Christus geboren? Wie hieß seine Mutter? Was kennen Sie für Religionen? Was für Konfessionen? Was bedeutet die Taufe, die Konfirmation resp. Kommunion und Firmung? Wie heißt der Pastor, der Sie konfirmiert hat (der Bischof, der Sie gefirmt hat)? Wie heißt der Papst, wo wohnt er? Was wissen Sie von ihm? Sagen Sie mir die zehn Gebote auf.

c) Politische und geschichtliche Kenntnisse.

Wie heißt der deutsche Kaiser, wie sein Vater, wie sein Großvater? Seit wann regiert er? Wer regiert in Preußen, Deutschland, Bayern, Hamburg? Wo tagt der Reichstag? Was wissen Sie von Bismarck, Moltke, Napoleon? Wer ist jetzt Reichskanzler? Kennen Sie sonst eine politische Persönlichkeit? Welche Bedeutung hat dieselbe? Was war 1870/71, 1866, 1864 und 1813? Was war der Erfolg des Krieges? Gegen wen haben deutsche Soldaten im letzten Jahrzehnt gefochten? Mit welchem Erfolge? Was wissen Sie von Luther, was von Schiller, was von Goethe, was von Mozart? Was gibt es für politische Parteien? Zu welcher gehören Sie? Welche Partei hat bei der letzten Wahl in Ihrem Wohnort gesiegt? Welche Aufgaben haben die öffentlichen Gerichte, die Schiedsgerichte, Standesämter? Rechtsanwalt, Staatsanwaltschaft, Sachverständige, Richter? Wozu braucht der Staat Soldaten?

d) Wortrechnen.

Wieviel Monate sind $^3/_4$ Jahr, $^1/_3$ Jahr? Wieviel Wochen? Wenn man von 27 Äpfeln den dritten Teil ißt, wieviel bleiben übrig? Wenn 4 Äpfel 10 Pf. kosten, was muß man dann für einen bezahlen? Wenn ich zu einer Zahl 12 hinzuzähle, gibt es 20; wie heißt die Zahl? Wieviel bekomme ich auf 3 M. heraus, wenn ich 1,25 M. zu bezahlen habe? Wenn ein Arbeiter täglich 4 M. verdient, wieviel verdient er dann in der Woche, im Monat, im Jahr? Welchen Inhalt hat ein Zimmer, das ebenso breit wie hoch und doppelt so lang ist, wenn seine Länge 6 m beträgt? Wieviel Tage sind vom 26. Januar bis zum 12. März? Wieviel bringen 3500 M zu $4^1/_2$ Proz. Zinsen?

Sommers Rechenschema:

2 + 2 =	1 × 3 =	3 − 1 =	2 : 1 =
3 + 4 =	2 × 4 =	8 − 3 =	8 : 2 =
4 + 6 =	3 × 5 =	13 − 5 =	18 : 3 =
5 + 8 =	4 × 6 =	18 − 7 =	32 : 4 =
8 + 14 =	5 × 7 =	29 − 10 =	50 : 5 =
11 + 20 =	6 × 8 =	40 − 13 =	18 : 6 =
14 + 26 =	7 × 9 =	51 − 16 =	35 : 7 =
17 + 32 =	8 × 10 =	62 − 19 =	56 : 8 =
20 + 38 =	9 × 11 =	73 − 22 =	81 : 9 =
23 + 44 =	12 × 13 =	84 − 25 =	110 : 10 =

x − 3 = 14; x =	x × 7 = 35; x =
x + 5 = 11; x =	x : 9 = 5; x =

Anzugeben ist neben der Aufgabe jede Antwort, unsichere und falsche wörtlich, und die Zeit, die der Untersuchte bis zur Lösung braucht.

4. Wissensschatz einzelner Berufe*).

a) In der Haushaltung.

Was gehört zur Reinigung der Wäsche? (Seife, Soda, kochendes Wasser, ev. Chlor.) Wie waschen Sie Wollwäsche, bunte Stoffe, Handschuhe, Seide? Wieviel Meter Stoff brauchen Sie für ein Kleid? (6—8 Meter.) Wieviel Fleisch brauchen Sie für das Mittagessen einer Familie von 3 Personen? Woran erkennen Sie, daß das Wasser kocht? Wie lange brauchen weiße Bohnen zum Garwerden? Wie bereitet man Kaffee, Tee? Was kostet Ihnen das Pfund Rind-, Schweine-, Kalb-, Hammelfleisch? Was gebraucht eine Pflanze, wenn sie im Zimmer gedeihen soll? Wovor müssen Sie eine Pflanze besonders schützen? Bei welchem Ende fangen Sie an, wenn Sie eine Treppe reinmachen wollen? Bei einem Einkommen von 1500 M, wieviel dürfen Sie da auf die Miete, wieviel monatlich auf Speise und Trank rechnen?

b) In der Landwirtschaft.

Wem gehört das größte Gut in Ihrer Heimat? Wie groß ist das Gut des Dienstherrn? Was für Arbeit hat der Knecht bei dem Bauern zu leisten? Woran erkennen Sie das Alter

*) Siehe Fußnote S. 110.

eines Pferdes? Womit werden Schweine, Kühe, Pferde, Hühner, Gänse gefüttert? Welche besondere Pflege gebraucht ein Pferd? Wieviel Milch gibt eine Kuh ungefähr täglich? Was für Getreidesorten werden gebaut? Wie ist in Ihrer Heimat die Fruchtfolge? Nach welcher Seite biegen Sie aus: wenn Ihnen ein Fahrzeug begegnet, wenn man ein Fahrzeug überholen will? Wozu werden Roggen, Mais, Kartoffeln, Rüben und Zuckerrüben verwandt? Wann wird Roggen, Weizen, Hafer reif? Welche Früchte gedeihen auf Sandboden, auf schwerem Boden? Woran erkennen Sie eine Schar fliegender Vögel, Tauben, Enten, Gänse? Können Sie mir Zeichen sagen, die auf ein kommendes Gewitter schließen lassen?

c) Handel und Gewerbe.

Welche Gewichte gibt es? Welche Maße? Wieviel Pfund hat 1 kg? Wieviel Gramm 1 Pfund? Wieviel Pfund oder kg 1 Zentner? Wieviel Gramm sind $^3/_4$ Pfund? Wieviel Gramm wiegt 1 Liter (Wasser)? Wenn 1 Pfund Kaffee 1,80 M kostet, wieviel kostet $^1/_5$ Pfund? Wenn ein Liter Milch 22 Pf. kostet, was kosten $2^1/_4$ Liter? Welche Zinsen bringen 80000 Mark zu $3^1/_2$ Proz. in einem Jahr? Was versteht man unter Girokonto? Mit welchen Waren hat das Geschäft, in dem Sie waren, hauptsächlich gehandelt? Was gibt es in dieser Ware (man wähle eine beliebige Ware aus) für verschiedene Sorten? Wie waren die Preisunterschiede? Wurde vorwiegend gegen bar oder gegen Buchrechnung gekauft? Welches sind die wichtigsten moralischen Eigenschaften, die man von den Angestellten eines kaufmännischen Geschäfts fordert?

d) Militärzeit.

Wie heißt das Regiment, bei dem Sie gedient haben? Regimentsnummer, Namenszug des Regiments, Bataillon und Kompagnie? Wieviel Kompagnien hat das Regiment? (12.) Wieviel das Bataillon? (4.) Wieviel Züge die Kompagnie? (3 Züge). Wieviel Mannschaften hat die Kompagnie? (110—120). Wie heißt der Hauptmann Ihrer Kompagnie? Woran erkennt man den Gefreiten im Rock? (Am Knopf.) Im Drillichanzug? (Schwarze Schnur am Kragen.) Den Unteroffizier im Rock? (An der Tresse.) Den Sergeanten im Rock? (An der Tresse und Knopf.) Den Leutnant? (An den Feldachselstücken.) Den Major? (An den Raupen.) Die Sanitätsoffiziere? (Äskulapstab.) Welches sind die Hauptteile des Gewehrs? (Lauf, Schloß und Kolben.) Des Seitengewehrs?

(Scheide und Klinge.) Wozu dient das Seitengewehr? Wovon handelt der erste Kriegsartikel? (Pflichten des Soldaten.) Was bestimmt der Kriegsartikel über die Wachvorschriften? Welches sind die vornehmsten Pflichten des Soldaten im Kriege?

5. Wissensschatz und Aufgaben aus der täglichen praktischen Erfahrung*).

a) Aufgaben aus der allgemein praktischen Erfahrung.

Abschätzenlassen von folgenden Gegenständen nach Gewicht, Größe resp. Länge, Wert: Eine Uhr, Schreibzeug, Möbel, Bücher, Eßgeschirr u. dgl. Ein Zimmer auf seine Größe und Verwertbarkeit bestimmen lassen. Wieviel Betten können hineingestellt werden, wenn es ein Schlafzimmer sein soll? Wo und wie sind die Betten hinzustellen? Welche Möbel gehören hinein, wenn es ein Kontor oder Wohnzimmer werden soll? Öffnenlassen eines schwierigen Schlosses, Fensterriegels oder Ventilationsapparates, einer Flasche, eines Portemonnaies, eines Knotens in einem Strick oder dgl. Ansteckenlassen eines Ofens, Mischenlassen eines Bades (nur in ungefährlichen Fällen). Schreiben eines Briefes, Lebenslaufes, Gesuches, einer Quittung, eines Wechsels. Was würden Sie tun, wenn Sie 50 Mark für eine Reise geschenkt bekämen, 1000 Mark in der Lotterie gewinnen würden?

b) Kenntnisse aus der allgemein praktischen Erfahrung.

Wieviel Klassen gibt es in der Eisenbahn? Wieviel Tage hat die Woche, der Monat, das Jahr? Wie heißen die Wochentage, die Monate? Woraus wird Brot, Seide, Leinwand, Mehl gemacht? Woher kommt Margarine, Käse, Butter, Wolle, Baumwolle? Welche Farbe hat die 5 Pf.-, die 10 Pf.-Marke? Wieviel Mark hat der Taler? Welche Gold-, Silber- und Nickelmünzen gibt es? Was gibt es für schädliche Tiere bei uns? Wie beseitigt man Ungeziefer? Wann bezahlt man Steuern? An wen? Was haben Sie für Steuern zu bezahlen? Was bedeuten die Invalidenkarten? Wieviel zahlen Sie Miete? Wo haben Sie Ihr Geld angelegt? Wieviel Zinsen bekommen Sie dafür? Wie ist jetzt der Zinsfuß?

*) Siehe Fußnote S. 110.

c) Übersicht über die eigenen wirtschaftlichen Verhältnisse*).

Was haben Sie für einen Beruf? Wieviel verdienen Sie in diesem Berufe? Haben Sie früher in besseren Zeiten mehr verdient? Wieviel? Wodurch? Wieviel Vermögen haben Sie jetzt? Woraus setzt sich Ihr Vermögen zusammen? (Die einzelnen Posten genau feststellen.) Wo stammt das her? Haben Sie Urkunden über Ihren Besitz, und wo befinden sich dieselben? Wer verwaltet jetzt Ihr Vermögen? Glauben Sie, daß Sie imstande sind, das selbst zu tun? Wieviel Zinsen haben Sie in letzter Zeit aus Ihrem Vermögen gezogen, zu wieviel Proz. ist das gerechnet? Wieviel macht das im Monat, wieviel in der Woche? 4000 Mark zu $3^1/_2$ Proz. gibt wieviel Zinsen im Jahr? Wie verfahren Sie, wenn Sie eine Hypothek kündigen wollen, weil Sie zu wenig Zinsen dafür bekommen? Wie bei der neuen Anlage einer Hypothek? Was für Aufgaben haben Sie bei der Verwaltung eines Mietshauses? Was versteht man unter Grundsteuer, Zugschlagsteuer, Einkommensteuer? Wieviel müssen Sie von jeder dieser Steuern bezahlen? (Kann durch seine Angaben über Einkommen und Vermögen kontrolliert werden.) Wieviel Geld können Sie für ein Haus, welches 30 000 Mark Wert hat, geliehen bekommen? Wieviel können Sie bei ihren Vermögensverhältnissen jährlich verbrauchen, und zwar im ganzen und im einzelnen für Wohnung, Kleidung, Kost? Wieviel rechnet man in der Gegend, in der Sie wohnen, Miete für jedes Zimmer? Wieviel hat ein Tischler. Maler, eine Aufwaschfrau pro Tag etwa zu fordern? Schildern Sie mir, was es für Möglichkeiten gibt, um seine Ersparnisse aufzuheben!

6. Kenntnisse über das Strafrecht.

(Kann bei Gewohnheitsverbrechen vorausgesetzt werden.)

Was für Gerichte haben wir? Welche Straftaten kommen vor das Schöffengericht, vor die Strafkammer, das Schwurgericht? Welcher Unterschied ist zwischen Mundraub, Diebstahl, Einbruchsdiebstahl? Welcher Unterschied ist zwischen Mord und Totschlag? Wie werden die einzelnen Verbrechen bestraft? Bei welchem Verbrechen wird man im wiederholten Falle sehr viel härter bestraft? Vom wievielten Lebensjahre an

*) Kann nur bei den besitzenden Klassen vorausgesetzt werden.

kann man überhaupt bestraft werden? Von welchem Alter an kann man mit einem Mädchen, ohne bestraft zu werden, Geschlechtsverkehr haben? Warum wird Geschlechtsverkehr mit Kindern bestraft? Warum wird Zuhälterei bestraft? Wenn Sie vor Gericht als Zeuge vernommen und vereidigt werden, Sie sind in der Sache selbst beteiligt und sagen die Wahrheit nicht, um sich nicht selbst zu beschuldigen, können Sie dann bestraft werden? Dürfen Sie dann ihr Zeugnis verweigern? Welche Aufgabe hat der Untersuchungsrichter, der Rechtsanwalt, der Arzt, der Sie untersucht? Was versteht man unter unzurechnungsfähig? Was hat es für Folgen, wenn man für unzurechnungsfähig erklärt wird?

7. Fragen über den Besitz abstrakter Begriffe.

a) Zusammengehörigkeit und Unterscheidungen.

(Insolation, Komplexion, Generalisation, Definition, Unterschiedsfragen.)

Nennen Sie mir die Möbel (Kleidungsstücke, Werkzeuge, Flüsse, alle roten Gegenstände, alle süßen Speisen, die Verbrechen, die Krankheiten), die Sie kennen! Nennen Sie mir ein Beispiel von Dankbarkeit, von Neid! (Spezifikation.) Welche Eigenschaft hat der Zucker? Beschreiben Sie mir ein Gewitter! Wie nennt man es, wenn es donnert, blitzt und regnet? Wie nennt man es, wenn ich jemandem etwas nicht gönne, weil ich es selbst haben möchte? Wie nennt man es, wenn ich von jemandem Wohltaten empfangen habe und ihm dann später nicht helfen will, obwohl ich es kann, und er es braucht? (Exemplifikationen). Wie heißen die Tiere, die Flügel, Federn, einen Schnabel haben und Eier legen? Ferner, die 4 Flügel, 6 Beine und 1 Rüssel haben und sich aus Raupen verwandeln? 1 Adler, 1 Ente, 1 Gans, 1 Storch und 1 Sperling, zu welcher Tiergruppe gehören diese Tiere sämtlich?

Unterscheidungsfragen: Was für ein Unterschied ist zwischen Hand und Fuß? Ochs und Pferd? Vogel und Schmetterling? Tisch und Stuhl? Wasser und Eis? Tür und Fenster? Baum und Strauch? Korb und Kiste? Treppe und Leiter? Teich und Bach? Wolle und Leinen? Kind und Zwerg? Borgen und Schenken? Geiz und Sparsamkeit? Irrtum und Lüge?

Hilfsfragen zu den Unterscheidungsfragen: Woran können Sie unterscheiden, ob ein Kleid aus Wolle, Leinwand

oder Seide gearbeitet ist? Wie erkennen Sie das, ohne es anzufassen? Wenn ein Kind beim Naschen ertappt wird, und es redet sich heraus, daß sein Bruder es gewesen sei, ist das Irrtum oder Lüge? Wann würden Sie das Kind schlimmer bestrafen: wenn es sofort gesteht, oder wenn es leugnet? Wenn das Kind sich bei einer Aufgabe verrechnet, ist das auch Lüge? Verdient es dafür auch Strafe?

b) Verständnis für ursächlichen Zusammenhang.

Warum werden die Blätter welk? Wie kommt ein Gewitter zustande? Warum wird es Tags hell und Nachts dunkel? Warum fließt ein Fluß? Warum das Meer nicht? Warum fällt ein Stein nach unten, nicht nach oben? Wenn eine Wanduhr stehen bleibt, wenn die Tapete in einem Zimmer Flecken bekommt, wodurch kann das kommen? Wie kann ein Krieg zustande kommen? Was für Ursachen haben zu den letzten Kriegen geführt? Was für Ursachen hatte der Krieg 1870/71, der Krieg 1813? Was für Ursachen kann der Aufstand eines Volksstammes haben? Was können für Ursachen einer heiteren, traurigen, zornigen Stimmung sein? Welche Ursachen kann es haben, wenn ein Mann, der sich eine gute Ausbildung erworben hat (z. B. als Schlosser), nichts mehr verdient?

c) Verständnis für moralische Begriffe.

Wie ist Ihr Verhältnis zu Ihrer Familie, Ihren Eltern? (Stehen Sie in regelmäßigem Verkehr mit ihnen?) Haben Sie einmal Gelegenheit gehabt, sich den Eltern dankbar zu zeigen? Was glauben Sie Ihren Eltern schuldig zu sein? Müssen Sie den Eltern unbedingt gehorchen? Müssen Sie den Eltern Ihren Verdienst abgeben, auch wenn Sie schon mündig sind? Würden Sie sich verpflichtet fühlen, für Ihre Eltern zu sorgen, wenn diese in Not sind? Inwiefern, tut das nicht die Armenverwaltung? Nehmen Sie an den Wahlen teil? Warum soll man das tun? Was würden Sie im Fall eines Krieges für Pflichten gegen das Vaterland haben? Können Sie mir sagen, in welchen Punkten Sie Rücksicht auf ihren Stand (Abkunft, Stellung) nehmen müssen? Ob an Ihrer Lebensführung etwas gewesen ist, was den Pflichten gegen Ihren Stand (Abkunft, Stellung) zuwiderlief oder wenigstens von anderen so angesehen werden konnte? Sind Sie verpflichtet, einem Ihnen Fremden Mitteilung zu machen, wenn Sie zufällig erfahren, daß sein Haus in Brand gesteckt werden soll? Sind Sie strafbar, wenn Sie es ihm nicht rechtzeitig melden? Was haben Sie für Pflichten gegen

Ihren Arbeitgeber? Gegen Ihre Mitarbeiter? Was heißt Streikbrecher? Warum gilt der Streikbrecher bei seinen Kameraden als schlecht, obgleich er doch arbeitet? Warum und für wen spart man? Können Sie mir ein Beispiel von Tapferkeit sagen? Im Kriege? Im täglichen Verkehr? Ein Mädchen sieht, daß ein anderes ein sehr schönes Kleid an hat, ärgert sich darüber und zerreißt es ihm beim Spielen; warum tut es das? Ich habe einem Mann, als er sein Geschäft anfing, 1000 M geliehen, er ist hochgekommen und reich geworden, ich selbst habe Verluste gehabt und bitte den Mann, jetzt mir Geld zu leihen, er schlägt mir das ab; wie nennt man das? Wenn ein Haus brennt, auf dem ein Storchnest mit junger Brut ist, fliegen die alten Störche trotz der Flammen, die sie in Lebensgefahr bringen, herbei, um ihre Kinder zu retten. Warum tun sie das?

Siebenter Abschnitt.

Prüfung der geistigen Fähigkeiten*).

1. Fortlaufende geistige Arbeit (Aufmerksamkeit).

a) Buchstaben unterstreichen nach Bourdon**).

Material: Ein wenn möglich für den Untersuchten sinnloser, z. B. französischer oder lateinischer Buchtext.

Aufgabe: Der Untersuchte hat jedes A oder N zu unterstreichen entweder in einem vorher abgemessenen Text von 100 Silben oder durch 10 Minuten so, daß ihm nach jeder Minute ein Zeichen gegeben wird, bei dem er einen Strich im Text zu machen hat.

Verwertung: Messung der Fehlerzahl, der Silbenzahl pro Minute. Die Zahl der Fehler läßt auf den Grad der Aufmerksamkeit schließen, die Gleichmäßigkeit der einzelnen Minutenabschnitte auf die Schwankungen der Aufmerksamkeit.

b) Additionsmethode nach Kraepelin***).

Material: Besondere Rechenhefte, die bei der Universitäts-Buchdruckerei J. Hörning in Heidelberg für 50 Pf. pro Heft käuflich sind: sie enthalten regellos untereinander gedruckte einstellige Zahlen.

Aufgabe 1. Fortlaufend je 2 Ziffern zu addieren und die Additionssumme daneben zu schreiben; nach jeder Minute wird ein Zeichen gemacht.

2. Wie 1, jedoch wird mit der Fünftelsekundenuhr vom Untersucher die Arbeitszeit für jede Kolonne bestimmt; der Untersuchte rechnet ohne Unterbrechung.

---

*) Siehe Fußnote S. 110.

**) Revue philosoph. 1895, S. 153.

***) K., Psycholog. Arbeiten. Leipzig 1900.

c) Fortlaufendes Addieren und Subtrahieren.

Aufgabe: Der Untersuchte soll zu einer Zahl fortlaufend eine bestimmte andere zuzählen oder abziehen, z. B. von 200 immer 7 oder 3 abzählen, zu 11 immer 7 oder 3 zuzählen. Verwertung: Man zählt die Zahl der in jeder Minute geleisteten Einzelrechnungen und der in jeder Minute gemachten Fehler durch einige Minuten hindurch.

d) Sortierverfahren nach Reich*).

Material: 9mal je 6 gleiche Gegenstände untereinander gemischt, oder die Karten von 1—2 Spielen Karten untereinander gemischt. Verschiedene untereinander gemischte Samen: braune, weiße gescheckte Bohnen, Erbsen, Rübsamen, Hanf, Kressensamen.

Aufgabe: Die zusammengehörigen so rasch als möglich zusammenzulegen. Bei den Kartenspielen entweder nach den Abzeichen, Kreuz, Schellen usw., oder bei Untersuchten, denen die Karten bekannt sind, nach den Figuren Aß, König usw.

Alle Aufmerksamkeitsversuche prüfen:

1. Im ruhigen Zimmer allein.
2. Unter Ablenkung (gleichzeitiges Geräusch im Zimmer oder Fragen von einem anderen Kranken).

e) Rückläufige Assoziationen nach Ziehen**).

Man läßt den Untersuchten Reihen, die ihm vorwärts mechanisch geläufig sind, rückwärts aufsagen. Beispiel: Wochentage, Monate, gerade, ungerade Zahlen, Alphabet, unmittelbar nach der Schulzeit auch die 10 Gebote. Vorprüfung: Ist die Reihe selbst geläufig?

f) Einfache Prüfung des selbständig Aufgefaßten.

1. Man läßt den Untersuchten die Augen schließen und aufzählen, was er im Zimmer bemerkt hat, Möbel, Bilder, Personen, Sachen auf den Tischen (Aufmerksamkeit und Merkfähigkeit). 2. Man sucht ihm durch Fragen Fehlerinnerungen zu suggerieren, z. B.: Hing nicht auch gerade vor Ihnen ein Bild? (Suggestibilität). 3. Augen öffnen und Benennenlassen schwierigerer Gegenstände (Wortschatz).

---

*) Allg. Zeitschr. f. Psychologie, Bd. 64.
**) Leitfaden der physiolog. Psychol. Jena 1893.

2. Prüfung des Denkvermögens an Bildern (Auffassungsvermögen).

a) Erklärung von Bildern nach Henneberg*).

Material: α) Das hier beigegebene Rethelsche Bild „Der Tod als Freund“ (in großer Ausführung als Vorzugsdruck des Kunstwarts 1 M).



Abb. 3.

β) Vorzugsdrucke des Kunstwarts (25 Pf. bis 1 M.): Ludwig Richter: Überfahrt über den Schreckenstein, Im Frühling; Konewkas Schattenbilder; R. Voigtländers farbige Künstlersteinzeichnungen: Haueisen: Jüngling zu Nain; Walther Caspari: Rumpelstilzchen.

Weiter von Henneberg vorgeschlagen: Grenze: Ein Mädchen trauert über den Tod eines Vogels; Jacob Becker: Schäfer vom Blitz erschlagen; Piloty: Ermordung Cäsars; Rembrandt: Verkündigung.

Schulanschauungstafeln: Kommissionsverlag C. Boysen, Hamburg; Verlag des Leipziger Lehrervereins, Sonderabdrücke aus der Leipz. Illustr.

*) Zeitschr. f. Psych., Bd. 64.

Zeitung für den Anschauungsunterricht (10—50 Pf.); Verlag Perthes, Gotha, Verlag Wasmuth, Leipzig: Lehmanns Geographische und Kulturgeschichtl. Bilder. Wangemann (Biblische Bilder): Sturm auf dem See Genezareth, Barmherziger Samariter u. dgl. (durchschnittlich 1 M).

γ) Ich selbst benutze eine Sammelmappe mit folgendem Inhalt: Ausgeschnittene Situations- und Stimmungsbilder aus der Leipz. Illustr. Zeitung, Über Land und Meer, Woche, Fliegende Blätter. Für hochgradigen Schwachsinn: Bilder von Tieren, Früchten, Hafen mit Schiffen, bekannte Persönlichkeiten (aus Postkarten und den oben genannten Zeitschriften). Einige Postkarten und Bilderbuchbilder sind in der später geschilderten Weise zu Legespielen geschnitten. Zwei verschiedene schwere Serienbilder aus den Münchner Bilderbogen (Gesamtanschaffung etwa 1 M).

δ) Bilderbücher: „Spiel mit". Verlag von Johannes Räde, Berlin 15; Preis 3 M., oder Konewka, Verlag des Kunstwarts, 1 M.

ε) Bilderserien: Aus den Münchner Bilderbogen. Verlag von A. Langen, München. Die Geschichte von dem hinterlistigen Heinrich (W. Busch). Die bösen Buben (Corinth).

Aufgabe 1. Der Untersuchte soll die vorgelegten Bilder (in steigender Schwierigkeit vorlegen) richtig deuten, und zwar: a) Die einzelnen Figuren nach Art und Handlung. b) Den Zusammenhang der Figuren untereinander. c) Stimmungen, die im Bilde liegen, und Ursachen angeben, z. B. im hier abgebildeten Rethelschen Bilde „Tod als Freund" die friedliche Abendstimmung, die ergebene Ruhe des Sterbenden. d) Eine passende Überschrift für das Bild finden. Verwertung: Die Aufgaben werden nacheinander dem Untersuchten ohne jede Hilfeleistung vorgelegt, dann werden geeignete Hilfsfragen eingeschoben, bis die Aufgabe erfüllt ist. Die Zahl der notwendigen Hilfsfragen dient als Maßstab für die Leistung.

Aufgabe 2. Abfragen von c und d, nachdem das Bild nur 1 Minute vorgelegen hat und dann entfernt worden ist. Suggestivfragen, um den Untersuchten zu Erinnerungstäuschungen zu verleiten, z. B.: „Saßen nicht zwei Tauben im Fenster? (Suggestibilität, Merkfähigkeit.)

b) Figurenergänzungen nach Heilbronner*).

Material: Die Figurensammlung Abb. 4, Zeichnungen einfacher Gegenstände oder vom Untersucher nach deren Muster zu zeichnende ähnliche Schemata, die bei der Untersuchung Stück für Stück in steigender Deutlichkeit vorgelegt werden.

*) Monatsschr. f. Psych. und Neurol., Bd. 17.

Aufgabe: Was ist das? Wonach sieht es aus? Welche Striche sind hier zugekommen? Verwertung: Stark verwirrte oder schwachsinnige Kranke erkennen oft erst bei der

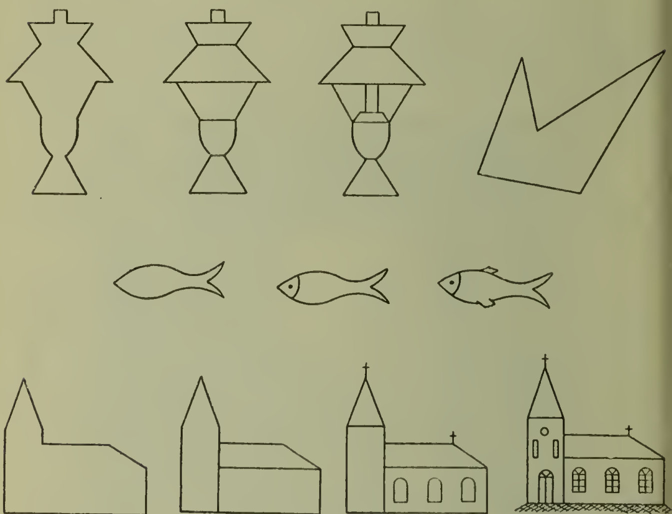


Abb. 4*).

vollständigen Zeichnung die Aufgabe. Vollsinnige meist schon bei der ersten. Antwort wörtlich protokollieren, besonders bei phantastischen Fehldeutungen.

c) Legespielmethoden**).

Material: Die auf Klötzchen aufgezogenen Bilder, wie sie als Kinderspielzeug überall käuflich sind; oder man zerschneide aus einem Bilderbuch (z. B. „Spiel mit") 1—4 Bilder in unregelmäßige Stücke.

---

*) Abb. 4, rechts oben (Fünfeck mit einem einspringenden Winkel), ist die Ziehensche Merkfähigkeitsfigur. Verwendung vgl. S. 36, 128, 138.

**) Zeitschr. f. Psych., Bd. 64.

Aufgaben in steigender Schwierigkeit: a) 1 Bild zusammenstellen, dem Kranken zeigen, dann mischen. Der Kranke soll es wieder zusammenstellen. b) Wie a), nur werden die Teile von 2 bis 4 Bildern gemischt. c) Wie b), nur ohne Vorlage eines fertigen Bildes. Verwertung: Die Aufgaben a) und b) sind teils Prüfungen der Merkfähigkeit, teils durch Zeitmessungen Prüfungen der Geschwindigkeit des Auffassungsvermögens.

Die Aufgabe c) ist lediglich das letzte.

3. Merkfähigkeit.

a) Nach Bernstein*).

Material: Ein hölzernes □-Brett, dessen Seiten etwa 28 cm lang sind. Auf demselben bis 9 gleich große, mit geometrischen Figuren bemalte Täfelchen befestigt. Eine zweite Tafel mit einer größeren Anzahl Bilder, darunter auch solche, die auf der ersten Tafel gezeigt.

Aufgabe: Dem Pat. wird die erste Tafel 30 Sekunden lang vorgehalten und nach 1, 6, 24 Stunden, 7 Tagen das Behalten an der zweiten Tafel geprüft.

Verwertung: Buchung nach der Formel $\frac{r}{n} + f$, wobei r = richtige, f = falsche Angaben, n = Gesamtzahl der anfangs gezeigten Kartenblätter bedeutet.

b) Paarweise verknüpfte Worte (Ranschburg, Ziehen**).

Material: Beispiele nach Ziehen. Zehn Wortpaare, z. B. Garten — groß, Baum — klein, Haus — grün, Blatt — gelb, Blume — rot, Tisch — rund, Zimmer — hoch, Bett — lang, Stuhl — niedrig, Bild — schön. 2. Sechs Wortpaare, von denen das eine ein deutsches, das andere die zugehörende Vokabel in einer dem Untersuchten fremden Sprache ist. Beispiel von Ranschburg: Arzt, tabib; Kuh, inek; Nerv, sinier; Meer, denitz; Gift, zehier; Ring, jüzük.

Aufgabe: (3 Modifikationen sind üblich): 1. Man nennt dem Untersuchten langsam (etwa alle 3 Sekunden 1 Paar)

---

*) Zeitschr. f. Psych. der Sinnesorgane, 32.

**) Monatsschr. f. Psych. und Neurol., Bd. 9, 1901.

die 10 Wortpaare. In bestimmten Zwischenräumen von 1, 5, 10, 30, 60 Minuten fragt man sie dann ab, indem man dem Untersuchten das erste Wort jedes Paares nennt und ihn das zugehörige sagen läßt.

2. Man nennt zunächst 3 Wortpaare, läßt sie nach 10 Sekunden wiederholen, dann 5, 6, 7 usw. Paare. Das Resultat wird in Bruchform ausgedrückt $\left(\frac{r}{n}\right)$, n die Zahl der Paare, r Zähler der richtigen Leistungen.

3. Man liest dem Untersuchten wie bei 1 langsam die 6 Paare des Materials 2 vor und fragt sie 10 Sekunden später ab. Messung der Fehlerzahl, dann Wiederholung des Vorlesens; als Maß kann sowohl die Fehlerzahl nach dem ersten Vorlesen wie die Häufigkeit verwandt werden, die bis zum Erlernen der Vokabeln erforderlich ist.

c) Aufgabenzahlenversuch nach Ziehen*).

Aufgaben: 1. 72 : 8, oder 7 × 15, oder 35 + 98.

2. Vorsagen und Nachsprechenlassen zweier Zahlenreihen 537624 982715.

3. Wie heißt das unter 1. gelöste Exempel.

Verwertung: Bei starker Beeinträchtigung teilt man dem Kranken seine Aufgabe vor Beginn mit, andernfalls nicht. Wissentliches, unwissentliches Verfahren.

d) Fingerversuch nach Rieger.

Jeder Finger an einer Hand wird mit einer andern Zahl oder mit einem Vornamen bezeichnet, der Untersuchte hat beim Weisen des Fingers den zugehörigen Namen oder die Zahl zu bezeichnen.

e) Sinnlose Silben. Ziffern, Farben.

Ebenso wie die oben genannten Zahlen oder Worte kann man ein Bild, eine 6stellige Ziffer, eine Figur, z. B. Abb. 4, 6 sinnlose Silben oder eine Farbe dem Kranken 1—2mal nennen oder vorweisen und nach gewisser Zeit, mit oder ohne Ablenkung, abfragen oder aus einer größeren ähnlichen Menge heraussuchen lassen.

*) Psychiatrie, 2. Aufl.

f) Methode nach Vierecke*).

Enthält 3 Versuchsreihen. 1. Sofortige Reproduktion vorgesprochener Zahlen.

2. Reproduktion nach einer Minute Pause ohne Ableitung der Aufmerksamkeit nach der Auffassung.

3. Reproduktion nach einer Minute Pause mit Zerstreuung durch Zählen oder einfache Unterhaltung während der Untersuchung.

Verwertung: Der Umfang der normalen Merkfähigkeit für 3 umfaßt 6 Einzelziffern (Gedächtnisspanne).

g) Erlernungsmethode nach Ebbinghaus**).

Eine Reihe von 7—25 Silben hat der Untersuchte laut vorzulesen oder leise durchzulesen so lange, bis er sie ein- oder zweimal hintereinander fehlerfrei wiederholen kann. Die ersten Versuche, ob die Reihe schon erlernt ist, werden entweder nach dem zweiten Vorlesen oder dann begonnen, wenn der Kranke selbst das Gefühl hat, die Reihe erlernt zu haben; von da an wird nach jedesmaligem Aufsagen die Reihe wieder abgelesen, bis die richtige Wiederholung gelingt. Als Maßstab gilt die Zahl der notwendigen Wiederholungen. Der Norm entspricht bei 7 sinnlosen Silben ein zweimaliges Durchlesen, bei 20 etwa ein 50maliges; jede Änderung der Versuchsanwendung hat andere Ergebnisse und eventuell Einfluß auf die Deutung.

4. Prüfung des Denkvermögens durch sprachliche Aufgaben (Kombinationsvermögen).

a) Satzbildung aus einzelnen Worten nach Masselon.

Material:	Vogel	Nest	Baum
	Jäger	Hase	Feld
	Wasser	Berg	Tal
	König	Soldat	Vaterland
	Schnee	Winter	Frost
	Schnee	Frühjahr	Sonne
	Bauer	Stadt	Milch
	Einbruch	Dieb	Gefängnis
	Schiffer	Meer	Tod.

*) Zeitschr. f. Psych., Bd. 65.

**) Ebbinghaus, Das Gedächtnis. Jena 1885.

Aufgabe: Der Untersuchte soll aus diesen je drei ihm aufgegebenen Wörtern einen sinngemäßen Satz bilden, z. B.: Der Vogel baut sein Nest im Baume.

b) Ergänzung ausgelassener Silben nach Ebbinghaus*).

Material: 1. Es schwamm ein Hund durch einen Wasser-
(Stück) (im) (Da)
strom und hatte ein — Fleisch — Maule. — er nun das Bild des Flei — im Was — sah, glaubte er, es — auch Fleisch, und — — gierig danach. Da er aber das — auftat, entfiel ihm — Stück Fleisch, und das — — führte es weg. Also ver — er beides, das Stück — und den Schatten.

2. (Brief eines Patienten.) Lieber Brud —! — teile Dir mit, — ich seit 8 Tagen im Kranken — bin; ich bin jetzt — — gut zuwege und — — bald entlassen zu werden. Wenn Du — hast, mich einmal zu bes — —, würde es mich sehr — —. Bruder Ernst ist in Hamburg — — — Segelschiff. Unserer Mutter — — augenblicklich schlecht, sie — — viel an Kopfschmerzen und — — schlecht sehen. Der Vater — — sich im Winter mit Besenbinden, im — — arbeitet er am Hafen. Es grüßt Dich Dein treu — — — J. Petersen.

3. Dichte Wolkenmassen hatten schon seit mehr — — Tagen die — — nicht mehr zum Durch — kommen las —, aber heute war der — — klar, es war das schönste Wet —, ein selten schöner Winter —! Die Uhr hatte bereits drei ge — —, die Sonne wollte soeben am Hori — verschw — — und sandte ihre letzten gold — — Strahlen durch die entlaubten — — der alten knorrigen Eichen, da er — — durch die hohen Fen — des Kirchturms liebliches Glockenge — —.

Aufgabe: Der Untersuchte soll die ausgelassenen Silben und Worte sinngemäß und entsprechend ihrer durch Striche angegebenen Zahl ergänzen.

c) Wiedergabe von Anekdoten und Fabeln nach Möller**).

Material. 1. Neben einem Sumpfe, in dem mehrere Frösche waren, weidete ein Ochse. Ein Frosch, der ihn sah, sprach zu seinen Kameraden: „So groß wie dieser Ochse kann ich auch werden.“ Nachdem er sich eine Weile mit aller Kraft aufgeblasen hatte, fragte er seine Kameraden: „Bin ich jetzt so groß?“ Als diese ihn auslachten, blies er sich noch heftiger auf; dann fragte er abermals: „Bin ich nun so groß?“

*) Zeitschr. f. Psych. und Physiol. der Sinne, Bd. 13, S. 401.
**) Arch. f. Psych. u. Nervenheilk., Bd. 34.

„Nein, noch lange nicht,“ riefen die andern Frösche. „Dann will ich es Euch zeigen“, schrie er, und blies sich so kräftig auf, daß er platzte.

2. Eine durstige Biene wollte an einem Bache trinken, glitt hinein und stand eben im Begriff, unterzugehen, als eine Taube, die vom nächsten Gesträuch zugesehen hatte, mitleidig ein Zweiglein ins Wasser warf, woran jene sich anhielt und rettete. Bald darauf spannte ein Jäger den Bogen auf die Taube, die ihn nicht sah; eben wollte er losdrücken. Als die Biene sah, in welcher Todesgefahr ihre Retterin sich befand, flog sie rasch herbei und stach den Jäger in die Hand, der unvermutete Schmerz übermannte ihn, er machte ein Geräusch, die Taube hörte ihn und flog weg.

3. Ein Student kam zu den Ferien nach Hause und traf gerade den Großvater bei Tisch, der 3 Eier vor sich in einer Schüssel hatte. Als der Student sich gesetzt hatte, fragte ihn der Großvater: „Nun erzähle mir mal, was Du alles gelernt hast für das viele Geld, was ich Dir geschickt habe.“ Der meinte: „Lieber Großvater, ich habe Logik studiert.“ „Was ist denn das?“ „Paß auf, ich will es Dir zeigen. Du hast in dieser Schüssel 3 Eier liegen, ich will Dir durch meine Logik beweisen, daß 5 Eier in der Schüssel sind, gib nur Acht. Wenn 3 Eier drin sind, dann sind auch 2 Eier drin, und wenn 2 Eier und 3 Eier drin sind, dann macht das zusammen 5.“ „Na Hans,“ meinte der Großvater, „ich sehe doch ein, daß Du was gelernt hast. Ich will die 3 Eier nehmen, die in der Schüssel liegen und Du kannst dann die 2 übrigen essen, die Du Dir durch Deine Logik dazugebracht hast.“ (Aus „Deutscher Humor“, Schwänke aus älterer Zeit. Köln, von Merkens, Meyers Volksbücher.)

4. Einmal stieß mir in einem großen Walde von Rußland ein wunderschöner schwarzer Fuchs auf. Es wäre jammerschade gewesen, seinen kostbaren Pelz mit einem Kugel- oder Schrotschusse zu durchlöchern. Der Fuchs stand dicht bei einem Baum. Augenblicklich zog ich meine Kugel aus dem Laufe, lud dafür einen tüchtigen Brettnagel in mein Gewehr, feuerte und traf so künstlich, daß ich seine Lunte (Schwanz) fest an den Baum nagelte. Nun ging ich ruhig zu ihm hin, nahm mein Weidmesser und gab ihm einen Kreuzschnitt übers Gesicht, — griff nach meiner Peitsche und prügelte ihn so artig aus seinem schönen Pelz heraus, daß es eine wahre Freude war und der Pelz ganz unversehrt blieb. (Wunderbare Reisen zu Wasser und zu Lande des Freiherrn von Münchhausen 1787.)

5. In völlig erschöpftem Zustand und bewußtlos wurde am Montag in Wannsee ein neunjähriger Knabe aus dem See gezogen. Es war der kleine Jakob Thomas, der bei einem verzweifelten Versuch, zwei kleine sechsjährige Mädchen, die in den See gefallen waren, zu retten, beinahe selbst sein Leben verloren hätte. Jakobs kleine Schwester Elisabeth und ihre Freundin Else Mates spielten am Seeufer, kletterten auf eine Planke und stürzten ins Wasser. Die Schreie des kleinen vierjährigen Bruders der Else Mates riefen Jakob herbei. Der unerschrockene Junge sah die kleine Freundin im Wasser ringen, sofort sprang er in die Fluten, schwamm auf sie zu und versuchte sie zu retten. Aber sie war zu schwer, er vermochte sie nicht zu halten. Einen Augenblick schöpfte er, sich an der Planke festhaltend, Atem, als er in einiger Entfernung den Hut seiner eigenen kleinen Schwester über dem Wasserspiegel sah. Mit Aufgebot seiner letzten Kräfte schwamm der Junge wieder in den

See hinaus, um seine Schwester zu retten, aber sie war längst untergegangen. Jakob war zu erschöpft, um weiterzuschwimmen, er verlor das Bewußtsein und sank; in diesem Augenblick kam ein Mann herbei, der den kleinen Helden in letzter Sekunde noch retten konnte. Bald darauf wurde die Leiche der Else Mates geborgen und eine halbe Stunde später auch die ihrer sechsjährigen Freundin.

Aufgabe: Dem Untersuchten wird die Fabel oder Anekdote vorgelesen oder zum Lesen gegeben. Dann werden ihm folgende Aufgaben gestellt: 1. Die Fabel sofort wieder zu erzählen. 2. Den Sinn der Fabel in kurzen Worten anzugeben. 3. Eine passende Überschrift zu finden. 4. Ein Sprichwort von ähnlichem Sinn zu finden oder zu bilden. Wenn schon die erste und zweite Aufgabe nicht gelingt, muß der Inhalt in vorsichtiger Weise abgefragt werden. Eine andere Möglichkeit, besonders für die Krankengeschichte geeignet, ist die, sich aus Zeitungen kleine anekdotenhafte Artikel auszuschneiden, zu sammeln und dem Untersuchten vorzulegen. Der vorgelegte Text kann dann neben den möglichst ausführlich protokollierten Antworten des Untersuchten zum Vergleich eingeklebt werden.

d) Erklärung von Sprichwörtern nach Finkh*).

Material: Gut Ding will Weile haben. Hunger ist der beste Koch. Gelegenheit macht Diebe. Der Krug geht so lange zu Wasser, bis er bricht.

Aufgabe: Dem Untersuchten wird eins der Sprichwörter genannt; er hat es zu wiederholen, hat anzugeben, ob er es kennt und weiß, was es zu bedeuten hat.

e) Erklärung von Sinnwidrigkeiten nach Anton**).

Material: In welcher Königsfamilie ist von jeher die Kinderlosigkeit erblich gewesen? Was ist richtiger zu sagen, die Elbe mündet bei Cuxhaven in die Ostsee oder in der Ostsee? Es wird erzählt, daß Friedrich der Große eines Tages einer Bahnwärterstochter für eine Tasse Kaffee 10 Mark gegeben hat. Warum ist das unwahrscheinlich? (Für Ungebildete zu schwierig.)

---

*) Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psych. 17. Bd.

**) Dittrich, Handbuch des ärztlichen Sachverständigen, Bd. 8. Wien 1908.

f) Erklärung von Witzen nach Ganter*).

Material: 1. Ein Schusterjunge wird ausgeschickt, um Rechnungen einzuziehen, und bei der Rückkehr vom Meister gefragt: „Na, haben die Leute bezahlt?“ Schusterjunge: „Nee, aber 'ne junge Katze haben sie mir geschenkt.“

2. Richter: „Es wird Ihnen zur Last gelegt, daß Sie bei der Rauferei dem Polizeibeamten das linke Ohr abgebissen haben sollen.“ Angeklagter: „Das dürfen Sie nicht glauben, Herr Richter, das sagt der Herr Wachtmeister nur, um mich reinzulegen; er hat es sich gewiß selbst abgebissen.“

3. Der Arzt will einen ohrenkranken Soldaten untersuchen, nimmt ihm aus einem Ohre den Wattepfropfen und sieht mit dem Ohrenspiegel hinein. Der biedere Musketier sagt ihm aber: „Der Herr Arzt werden noch nicht durchsehen können, im andern Ohr ist der Proppen noch drin!“ (Jugend.)

Aufgabe: „Sie sollen sich den Satz durchlesen und erklären, ob da etwas Komisches und Witziges oder Auffallendes dran ist. Worin liegt das Komische?“

g) Definition gebräuchlicher Fremdwörter und abstrakter Begriffe nach Henneberg*).

Material: Gratulieren, sich amüsieren, sich genieren, exerzieren, blamieren, Instrument, Institut, Annonce, Profit, kolossal, illustriert, schikanieren, renovieren, sortieren, Qualität, Kapital, Konzession, normal, modern, eventuell, humoristisch usw.

---

*) Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 64.

Achter Abschnitt.

Psychophysische Methoden.

1. Berechnung und Verwertung einfacher psychologischer Messungen an Geisteskranken*).

Die psychologischen Maßbestimmungen, zu denen alle Methoden gerechnet werden können, die bei genauer Versuchsanordnung zu meßbaren und unter sich vergleichbaren Zahlenwerten führen, eignen sich einstweilen nicht so sehr für die forensiche Gutachtenpraxis als für wissenschaftliche Untersuchungen und vielleicht für die Beurteilung der Leistung bei Unfallsneurosen. Aufgenommen sind hier nur diejenigen Methoden, die ohne Apparate oder mit Hilfe des überall vorhandenen ärztlichen Inventars angestellt werden können, nicht zuletzt in der Hoffnung, daß die Beschäftigung mit diesen einfachen Methoden anlocken möge zur Vertiefung auch in die Methoden, zu denen einige Anschaffungen unerläßlich sind. Die maßpsychologischen Untersuchungen können nun im Gegensatz zu den psychiatrischen Protokollen nicht in der Urform verwandt werden, weil die Fülle der Einzelergebnisse die Übersicht und die Deutuug unmöglich machen würde. Sie müssen nach gewissen mathematischen Gesetzen umgerechnet werden. Die wichtigsten Größen, die bei dieser Umrechnung zu bestimmen sind, sind

1. Das arithmetische Mittel (A. M.),
[2. Der mittlere Fehler (m. F.), } Lediglich für fehler-
3. Der wahrscheinliche Fehler (w. F.)], } hafte Leistungen.

*) Rud. Schulze, Aus der Werkstatt d. exp. Psychol. u. Pädagog. Leipzig 1909.

4. Der Zentralwert (C.),
5. Das Dichtigkeitsmittel (D. M.),
6. Die mittlere Variation nach oben (m. $V.^{o}$),
7. „ „ „ nach unten (m. $V._{u}$).

Für psychisch Kranke ist daneben die Darstellung der Werte in Kurvenform nach der Reihenfolge des Versuchs besonders anschaulich, da sie die für psychisch Kranke besonders wichtigen Schwankungen am leichtesten erkennen läßt. Die oben genannten Rechnungswerte ergeben sich leicht aus nachstehenden einfachen Formeln. In diesen Formeln bedeutet: S. = Summe, das heißt: von der Größe, vor der S. steht, werden alle Einzelziffern zusammenaddiert. a, a_1, a_2 usw. = Einzelleistungen (also im Beispiel unten 18—21 Sekunden usw.). n = Anzahl der Messungen (im Beispiel 40). D, D_1 usw. = Differenz zwischen arithmetischem Mittel und Einzelleistung (= A. M. — a, a_1, a_2 usw.). Danach ist 1) A. M. = $\frac{S.\,a}{n}$; 2) m. F. = $\frac{S.\,D.}{n}$; 3) w. F. = $\frac{4}{5}\,\frac{S.\,D.}{n}$ oder genauer = $\pm\, 0{,}8453\ \frac{S.\,D.}{n}$. (w. F. hat den Zweck, die oft zufällig entstandenen ungewöhnlich großen Fehler von der Berechnung auszuschalten. Die Zahl 0,8453 ist empirisch gewonnen. Die weiteren Werte sind besonders für Berechnung von Kurven geeignet. 4. Das Dichtigkeitsmittel (D. M.) ist die Zahl, auf die die größte Anzahl von Einzelmessungen gefallen ist. 5. Der Zentralwert (C.) ist die Zahl, die man erhält, wenn alle gewonnenen Werte nach ihrer Größe hintereinander aufgereiht werden, und die gerade in der Mitte stehende herausgegriffen wird. Die mittlere Variation nach oben oder unten berechnet man nicht nach dem arithmetischen Mittel, sondern nach dem Dichtigkeitsmittel, also wenn ist: D. = D. M. — a, so ist m. $V.^{o} = \frac{S.\,D.^{o}}{n}$ und m. $V._{u} = \frac{S.\,D._{u}}{n}$.

Beispiel: Die nachstehende schon nach der Größe geordnete Reihe von 40 Einzelwerten soll dadurch gewonnen sein, daß ein Kranker 40 Kolonnen der Kraepelinschen Rechenhefte addiert hat; die angegebenen Zeiten bedeuten die Sekundenzahlen, die er zu jeder Kolonne gebraucht hat. Er soll also z. B. bei einer Kolonne 18 Sekunden gebraucht haben, bei 3 Kolonnen 21, bei 10 Kolonnen 23 usw. Die Berechnungsart ist dann folgende:

1. Für arithmetisches Mittel, Dichtigkeits- und Zentralwert:

Zahl der Einzelmessungen	Einzelwerte (a)	Berechnung des arithmetischen Mittels
1 mal	18 Sek. =	18 Sek.
1 „	20 „ =	20 „
3 „	21 „ =	63 „
5 „	22 „ =	110 „
10 „ {Den Zentralwert ergibt die $^{40}/_{2} = 20$. Zahl}	23 „ (Zentralwert) =	230 „
12 „	24 „ {Dichtigkeitsmittel hat die Zahl (12) von Einzelmessungen} =	288 „
4 „	25 „ =	100 „
3 „	27 „ =	81 „
1 „	30 „ =	30 „
S. 40 Einzelmessungen (n)		S. 940 Sek. = Sa,

$$\text{folglich AM} = \frac{Sa}{n} = \frac{940}{40} = 23{,}5.$$

2. Für die mittlere Variation:

n	DM — a	
1 mal	24 — 18 =	6
1 „	24 — 20 =	4
3 „	24 — 21 =	9
5 „	24 — 22 =	10
10 „	24 — 23 =	10
(n_u) = 20 Einzelmessungen		SD_u = 39 Sek.

$$\text{folglich } MV_u = \frac{SD_u}{n_u} = \frac{39}{20} \text{ Sek.} = 1{,}95 \text{ Sek.}$$

3. Mittlere Variation nach oben:

n	DM – a	
4 mal	25 — 24 =	4
3 „	27 — 24 =	9
1 „	30 — 24 =	6
(n°) = 8		SD° = 19

$$\text{folglich } MV^o = \frac{SD^o}{n^o} = \frac{19}{8} \text{ Sek.} = 2{,}375 \text{ Sek.}$$

Zu Präzisionsmessungen eignen sich von den bisher geschilderten Methoden in Aufgabenform: Additionsmethoden nach Kraepelin, Erlernungsmethoden nach Ebbinghaus, Prüfung der Merkfähigkeit nach Bernstein. Ferner die nachstehenden Methoden.

2. Psychologische Präzisionsprüfung der Sensibilität.

a) Hautsensibilität bei feinsten Berührungen, Messung der Reizschwelle.

Material: Menschen- oder Pinselhaare von verschiedener Länge und verschiedener Stärke werden jedes für sich an kleinen Stäbchen mit Klebstoff oder Wachs befestigt; an einer feinen Wage werden sie empirisch so eingestellt, daß man eine fortlaufende Reihe von Haarstäbchen erhält, deren feinste ein Gewicht von 0,002, deren straffste Gewichte von 0,02, 0,03 usw. bis 0,1 niederdrücken. Die feine Einstellung der Haare geschieht durch Abschneiden (je kürzer, desto straffer); die grobe Einstellung durch verschiedene Dicke.

Anwendung: Für die einzelnen zu prüfenden Körperteile wird der geringste eben noch fühlbare Reiz durch steigende straffere Haare festgestellt.

b) Schwereempfindung.

Material: Zwei gleiche Reihen von je etwa 10 bis 20 Säckchen mit Sand oder Schrotkörnern gefüllt, deren leichtestes 50 g, das schwerste 150 g wiegt.

Anwendung: Man wähle aus der einen Reihe ein Säckchen (etwa 100 g) aus und läßt den Kranken aus beiden Reihen die ihm gleich schwer scheinenden Säckchen zusammenstellen. Die normale Unterschiedsschwelle würde 20 g betragen, so daß also die Säckchen unter 80 und über 120 g ausgeschieden werden müßten.

c) Tastkreise.

Material: Ein einfacher Meßzirkel (Wert etwa 50 Pf.) wird mit stumpfen Kuppen aus Holz oder Gummi versehen*).

Anwendung: Die einzelnen Teile der Haut werden darauf untersucht, wie weit die beiden Spitzen auseinanderstehen müssen, um getrennt empfunden zu werden (0,2—7 cm).

d) Prüfung der optischen Auffassungsgeschwindigkeit.

a) Material: Tafeln mit 9 groß geschriebenen Ziffern von etwa 10 qcm Größe oder gleich große Bilder. Spielkarten, einfache Figuren vom Charakter der Ziehenschen Merkfähigkeitsfigur, S. 126.

Aufgabe: *α*) Zunächst werden als Vorprüfung der Merkfähigkeit und des Kombinationsvermögens entsprechende Tafeln genügend lange exponiert, und notiert, wieviel Ziffern behalten werden, resp. bei welcher Art von Tafeln eine vollwertige Leistung und vollständige Auffassung zu erwarten ist. *β*) Dann werden diese Tafeln 1, 2, 4, 8, 16, 32, 60 Sekunden exponiert, bis eine dem oben gewonnenen Wert gleichwertige Leistung erzielt wird. Die Exposition wird durch Wegziehen und Darüberdecken eines undurchsichtigen Blattes oder dgl. erzielt.

b) Material: 9 kleine in der Hand oder in einem kleinen Beutel zu bergende Gegenstände, unter sich gleich oder verschieden, also z. B. 9 Korken oder Würfel, Holzklötzchen und Korken.

Aufgabe: Man läßt eine Anzahl der Gegenstände aus einem Meter Höhe über dem Korbrand in einen Korb fallen (oder aus einem Meter über der Sofalehne auf das Sofa), so daß die Gegenstände gerade das erste Meter ihrer Fallstrecke dem Auge ausgesetzt sind. Der Untersuchte hat anzugeben, wieviel Stücke heruntergefallen sind.

Verwertung: Man kann von einer physiologischen Auffassungsfähigkeit erwarten, daß bis zu 3 Gegenständen richtig gezählt, bis zu 6 nicht mehr als ein Fehler, bis zu 9 nicht mehr als zwei Fehler gemacht werden.

---

*) Tasterzirkel nach Sievers, Preis 14,50 M.

3. Assoziationsmethoden.

a) Reizworte für einfache Assoziationen (nach Sommer).

Material. I. Licht und Farben: 1. hell, 2. dunkel, 3. weiß, 4. schwarz, 5. rot, 6. gelb, 7. grün, 8. blau. — II. Ausdehnung und Form: 1. breit, 2. hoch, 3. tief, 4. dick, 5. dünn, 6. rund, 7. eckig, 8. spitz. — III. Bewegung: 1. ruhig, 2. langsam, 3. schnell. — IV. Tastsinn: 1. rauh, 2. glatt, 3. fest, 4. hart, 5. weich. — V. Temperatur: 1. kalt, 2. lau, 3. warm, 4. heiß. — VI. Gehör: 1. leise, 2. laut, 3. kreischend, 4. gellend. — VII. Geruch: 1. duftig, 2. stinkend, 3. modrig. — VIII. Geschmack: 1. süß, 2. sauer, 3. bitter, 4. salzig. — IX. Schmerz- und Gemeingefühl: 1. schmerzhaft, 2. kitzlig, 3. hungrig, 4. durstig, 5. ekelerregend. — X. Ästhetische Gefühle: 1. schön, 2. häßlich. — XI. 1. Kopf, 2. Hand, 3. Fuß, 4. Gehirn, 5. Lunge, 6. Magen. — XII. 1. Tisch, 2. Stuhl, 3. Spiegel, 4. Lampe, 5. Sofa, 6. Bett. — XIII. 1. Treppe, 2. Zimmer, 3. Haus, 4. Palast, 5. Stadt, 6. Straße. — XIV. 1. Berg, 2. Fluß, 3. Tal, 4. Meer, 5. Sterne, 6. Sonne. — XV. 1. Wurzel, 2. Blatt, 3. Stengel, 4. Blume, 5. Knospe, 6. Blüte. — XVI. 1. Spinne, 2. Schmetterling, 3. Adler, 4. Schaf, 5. Löwe, 6. Mensch. — XVII. 1. Mann, 2. Frau, 3. Mädchen, 4. Knabe, 5. Kinder, 6. Enkel. — XVIII. 1. Bauer, 2. Bürger, 3. Soldat, 4. Pfarrer, 5. Arzt, 6. König. — XIX. 1. Krankheit, 2. Unglück, 3. Verbrechen, 4. Not, 5. Verfolgung, 6. Elend. — XX. 1. Glück, 2. Belohnung, 3. Wohltat, 4. Gesundheit, 5. Friede, 6. Reichtum. — XXI. 1. Ach! 2. Oh! 3. Pfui! 4. Ha! 5. Halloh! 6. Au! — XXII. 1. Zorn, 2. Liebe, 3. Haß, 4. Begeisterung, 5. Furcht, 6. Freude. — XXIII. 1. Trieb, 2. Wille, 3. Befehl, 4. Wunsch, 5. Tätigkeit, 6. Entschluß. — XXIV. 1. Verstand, 2. Einsicht, 3. Klugheit, 4. Absicht, 5. Erkenntnis, 6. Dummheit. — XXV. 1. Bewußtsein, 2. Schlaf, 3. Traum, 4. Erinnerung, 5. Gedächtnis, 6. Denken. — XXVI. 1. Gesetz, 2. Ordnung, 3. Sitte, 4. Recht, 5. Gericht, 6. Staat.

Reizworte nach Ziehen.

Material: Wald, Rot, Haus, Krankheit, Klein, Stadt, Schuld, Vater, Neid, Süß, Gift, Fisch, Hochzeit, Laufen, Tod.

b) Methodik.

Man ruft dem Kranken ein Wort zu und gibt ihm auf, die erste Vorstellung, die ihm hierbei auftaucht, zu nennen (Antworten Sie ein beliebiges Wort, das erste beste, das Ihnen beim Anhören des Reizwortes auf den Lippen liegt, etwa in folgender Weise: Geld — Hosentasche, Bett — warm, hoch — niedrig, faul — Kind). Nach 24 Stunden, nach 8 Tagen wird dieselbe Reizwortreihe nochmals durchgeprüft. Außerdem kann am Schluß des Experiments nach Art der Ziehenschen Paarworte geprüft werden, ob der Untersuchte weiß, was er auf jedes Reizwort geantwortet hat (Reproduktion).

c) Verwertungsschema nach Kraepelin-Aschaffenburg*).

A. Innere Assoziationen.

a) Koordination.

α) Beiordnung:
1. Durch gemeinsamen Oberbegriff, z. B. Obst, Kirsche — Apfel.
2. Durch Ähnlichkeit, z. B. Schonen — Nachsicht.
3. Durch innere Verwandtschaft, Vater — (besorgt) — Sorge.
4. Durch äußere Verwandtschaft, z. B. Himmel — (blau) — Farbe.
5. Als Beispiel, z. B. Kummer — alte Frau (z. B. eine alte Frau hat Kummer.

β) Unterordnung:
1. Eigentliche Unterordnung, z. B. Baum — Buche.
2. Spezifizierung, z. B. Haus: Das Haus an der H.-Straße.
3. Überordnung, z. B. Katze — Tier.
4. Kontrast, z. B. Leid — Freude.
5. Koordination zweifelhafter Qualität, z. B. Hoch — Seide (der Besitzer eines Seidengeschäfts ist hoch gewachsen).

b) Prädikative Beziehung.

I. Substantiv und Adjektiv.
- a) Inneres Prädikat.
  1. Sprachliches Urteil, z. B. Schlange — giftig.
  2. Werturteil, z. B. Vater — gut.

---

*) Nach Dost, Kurzer Abriß. Leipzig 1908.

b) Außeres Prädikat, z. B. Zahn — vorstehend.
II. Substantiv und Verbum.
a) Subjektverhältnis, z. B. Harz — klebt.
b) Objektverhältnis, z. B. Tür — öffnen.
III. Bestimmungen von Ort, Zeit, Mittel und Zweck, z. B. Zeit — essen — 12 Uhr.
IV. Definition der Erklärung, z. B. Türe — Hauptwort.
c) Kausalabhängigkeit, z. B. schneiden — weh.

B. Äufsere Assoziation.

a) Koexistenz, z. B. Tinte — Feder.
b) Identität, z. B. großartig — prächtig.
c) Sprachlich-motorische Form.
α) Eingeübte sprachliche Verbindung.
1. Einfache Kontraste, z. B. dunkel — hell.
2. Geläufige Phrasen, z. B. Hunger — leiden.
β) Sprichwörter und Zitate, z. B. Auge — Zahn; Glück — Glas.
γ) Wortzusammensetzung und -Veränderung, z. B. Tisch — bein, sterben — gestorben.
δ) Vorzeitige Reaktion, z. B. langsam — kurz.
ε) Interjektion, z. B. großartig — ah.

C. Klangreaktion.

a) Wortergänzung, z. B. Wunder — bar.
b) Klang, z. B. Absicht — Apfel.
c) Reim, z. B. Herz — Schmerz.

D. Restgruppe.

a) Mittelbare Assoziation.
α) Verbindung durch gemeinsamen Mittelbegriff, z. B. Schneefeld, weiß — weit.
β) Klangverschiebung.
1. Zentrifugale, z. B. Entschluß — schießen (entschließen).
2. Zentripetale, z. B. reiten — arm (reich).
γ) Verschiebung über Wortergänzung oder sprachlich motorische Form, z. B. Ratten — giftig (Gift).
δ) Verschiebung über mehrere Mittelglieder, z. B. Vogel — Maus (flattert — Fleder).
b) Sinnlose Reaktion.
c) Fehler.
d) Wiederholung des Reizwortes.

E. Egozentrische Reaktion.

a) Direkte Ichbeziehung, z. B. Tanzen — mag ich nicht.
b) Subjektive Worturteile, z. B. Faulenzen — angenehm.

F. Perseveration.

a) Zusammenhang mit dem Reizwort, z. B. Wasser — fall; tanzen — fallen.
b) Kein Zusammenhang mit dem Reizwort, z. B. Deckel — Kiste; Ratten — Korb.

G. Wiederholung der Reaktion.

H. Sprachliche Bindung.

a) Gleiche grammatikalische Form.
b) Gleiche Silbenzahl.
c) Alliteration.
d) Konsonanz.
e) Gleiche Endung.

d) Andere Verwertungsform.

α) Zeitmessung der einzelnen Assoziationen mit einer Fünftel-Sekundenuhr. Berechnung nach den Methoden S. 134.

β) Genaues Protokollieren der ganzen Antwortreaktion des Kranken ermöglicht eine besonders anschauliche Schilderung der meisten psychotischen Symptome, speziell von Störungen des Gedankenablaufs (z. B. Ideenflucht, Hemmung, Egozentrizität) und von Änderungen im Krankheitsbild, wenn die Versuche in verschiedenen Phasen der Krankheit angestellt werden.

γ) Stark affektbetonte psychische Komplexe (z. B. das Reizwort Schuld oder Polizei bei einem Diebe) verlängern die Reaktionszeit auf mehrere Sekunden, veranlassen, daß der Untersuchte bei der Reproduktion sich der Reaktion nicht mehr erinnert, und führen zu Deckreaktionen, z. B. zu komplizierten Zitaten, Sätzen oder Klangassoziationen an Stelle einfacher Worte (Entdeckung leugnender Verbrecher — Tatbestandsdiagnostik).

e) Wahlreaktionen.

Aufgabe: Man gibt dem Kranken auf, so rasch als möglich auf den Zuruf eines Tiernamens mit dem Gebiete

zu antworten, wo das Tier lebt, Erde, Luft oder Wasser, also z. B. Pferd, Erde; Adler, Luft usw.; oder man gibt dem Kranken auf, bei einer bestimmten Gruppe von Worten (z. B. bei allen Tieren, die fliegen), so rasch als möglich den Finger zu heben, bei allen übrigen zugerufenen Worten nicht.

Verwertung: Zeitmessung mit der Fünftelsekundenuhr, Fehlerzahl.

4. Fortlaufende körperliche Arbeitsmessungen.

Zur fortlaufenden Messung der körperlichen Arbeit eignen sich zwei Apparate: 1. Federdynamometer zum Ziehen (nur zum Drücken unbrauchbar) geben die geleistete Einzelarbeit in Kilogramm an. — Bei 10 Sekunden Pause zwischen den einzelnen Hüben und Aufzeichnung der abgelesenen Kilogramm sind sie ganz brauchbar, um Arbeitskurven zu erzielen. Vorteil: Geeignet für Krankenanstalten, die nur einen von beiden Apparaten beschaffen wollen, da die Dynamometer vielseitige Verwendung auch bei der körperlichen Untersuchung finden. Preis: (Andrew, zum Ziehen und Drücken), 45 M. 2. Ergographen notieren den Weg, den ein gleichbleibendes Gewicht gehoben wird, auf dem untergelegten Millimeterpapier oder an der rotierenden Trommel. Methode von Trèves (le travail, la fatigue et l'effort. L'année psychol. 1906): Man läßt erst mit dem Höchstgewicht bis zur Ermüdung ziehen, dann stufenweise Verminderung des Gewichts um 1 kg, bis völlige Ermüdung eingetreten ist. Dubois' Ergograph Preis 111,50 M. Mehr für psychologische Zwecke geeignet, in Krankenanstalten nur neben dem Dynamometer.

Neunter Abschnitt.

Psychiatrische Gutachtentechnik.

Dispositionen*), Formeln) und Gesetzsammlung***).**

---

1. Dispositionen in Strafsachen für den Untersuchungsrichter.

I. Vorerhebungen über den Krankheitsverdächtigen.

1. Autoanamnese gedruckt vorlegen, schriftlich zu beantworten S. 31. 2. Beobachtung durch das Personal nach Anleitung der Pflegerberichte S. 48. 3. Einholung von Auskünften von der Schule, Militär, Heimatsbehörde, Krankenanstalten unter Zugrundelegung der Fragebogen: Erbliche Belastung S. 41, Schulzeit S. 42, Soziale Entwicklung S. 43, Charakter S. 44 oder des Abschnittes „Anzeichen des Schwachsinns“ S. 110. 4. Erhebungen von Zeugenaussagen über die Fragebogen: Soziale Entwicklung S. 43, Charakter S. 44, Personalien S. 41. Erhebungen über den Zustand des Angeklagten zur Zeit der Tat von den Zeugen S. 40.

II. Eigene Untersuchung des Richters.

Fragebogen: 1. Praktische Erfahrung aus dem täglichen Leben S. 117. 2. Kenntnisse über das Strafrecht S. 118. 3. Verständnisse über moralische Begriffe S. 120. Oder der Intelligenzteil der abgekürzten Voruntersuchung S. 35.

---

*) Nach Schlockow, Roth, Leppmann, Der Kreisarzt. 6. Aufl. Berlin 1907.

**) Nach Cramer, Gerichtl. Psychiatr. Jena 1900.

***) Nach Ziehen, Psychiatrie. Leipzig 1908.

2. Voruntersuchung und Gutachten des ärztlichen Sachverständigen bei zweifelhafter Zurechnungsfähigkeit.

I. Einleitung.

1. Beziehung auf die Aufforderung der Behörde unter Angabe von Datum, Aktenzeichen und Nummer. 2. Wiedergabe der Fragestellung des Gerichts. 3. Kurze Anführung des Materials, auf das sich das Gutachten stützt. a) Akten (vgl. Dispositionen für den Untersuchungsrichter S. 141). b) Eigene Untersuchungen (mit Daten) und Beobachtung (Datum vom Anfang und Ende der Beobachtung).

II. Geschichtserzählung.

1. Personalien S. 41. 2. Heredität S. 41. 3 Geburt und Kindheit S. 42. 4. Schulzeit S. 42. 5. Entwicklungsjahre S. 43. 6. Soziale Entwicklung S. 43. 7. Charakter und Schädigungen S. 44. 8. Erhebungen über das Verhalten bei der Tat S. 40. 9. Schilderung der Tat nach den Akten. 10. Autoanamnese S. 31. 11. Fragen über die Erinnerung von der Tat S. 39.

III. Befund.

1. Allgemeines Verhalten des Beobachteten bei den Vorbesuchen oder in der Anstalt S. 96 und Pflegerberichte S. 48. 2. Körperliche Untersuchung. a) Allgemeines Befinden. b) Neurologischer Befund (nur insoweit wie die abgekürzte Untersuchung fordert, im übrigen werden nur die Gebiete genau angeführt, auf denen sich pathologische Befunde finden). 3. Psychische Untersuchung.

Reihenfolge bei der Untersuchung.

a) Abgekürzte Voruntersuchung. b) Detailuntersuchung auf den Gebieten, auf denen sich bei der Voruntersuchung krankhafte Befunde finden. c) Aufmerksamkeitsprüfungen. d) Wortrechnen. e) Schulwissen. f) Wissensschatz der allgemeinen praktischen Erfahrung. g) Fachwissen. h) Verständnis für moralische Begriffe, Unterschiedfragen. i) Forensische Kenntnisse. k) Auffassungsfähigkeit (Bildererklären). l) Merkfähigkeit. m) Kombinationsversuche (Ebbinghaus oder Fabelmethode).

Reihenfolge im Gutachten.

(In das Gutachten aufgenommen werden die einzelnen in der Voruntersuchung aufgenommenen Gebiete in folgender Weise: Die gesund befundenen in Urteilsform, z. B. Der Kranke war zeitlich nnd örtlich völlig orientiert. Die krankhaften Äußerungen werden so ausführlich als möglich in indirekter Redeform, die wichtigsten unter wörtlicher Anführung von Frage und Antwort niedergeschrieben.) 1. Orientierung. 2. Affekte. 3. Sinnestäuschungen. 4. Wahnvorstellungen. 5. Logischer Zusammenhang der Rede. 6. Rest des Schulwissens. 7. Fachkenntnisse. 8. Allgemeines praktisches Erfahrungswissen. 9. Auffassungsvermögen. 10. Merkfähigkeit. 11. Kombinationsvermögen. 12. Verständnis für moralische Werte. 13. Rechtliche Begriffe.

IV. Gutachten.

1. Zusammenfassung aller anamnestischen Angaben und aller Beobachtungen, die auf psychische Erkrankung hinweisen. 2. Differential-diagnostische Entwicklung der klinischen Stellung der gefundenen Erkrankung. 3. Folgerungen, die aus der klinischen Auffassung der gefundenen Tatsachen auf die Zurechnungsfähigkeit gezogen werden. Wertung der Einzelsymptome. Widersprüche in den Befunden. 4. Endgutachten mit wörtlichem Anschluß an die Fragestellung unter I, Nr. 2.

3. Disposition im Entmündigungstermin*).

I. Einleitende Form.

Verhandelt den . . . . . .

Königl. Amtsgericht Altona XVII E. — in der psychiatrischen Abteil. des Stadtkrankenhauses.

Anwesend:

B., Amtsrichter

F., Bureauassistent als Gerichtsschreiber.

In der D.schen Entmündigungssache XVII steht heute zur persönlichen Vernehmung des zu Entmündigenden, D. von hier, und zur eventuellen Feststellung seines Geistes-

*) Nach Leppmann, in Schlockow, Roth, Leppmann, Der Kreisarzt. 6. Aufl. Berlin 1907.

zustandes Termin an. Die nebenbezeichneten Gerichtspersonen, welche zur Abhaltung dieses Termins heut nachmittag um 4 Uhr sich hierher begeben hatten, trafen in dem Ärztezimmer der Station anwesend: 1. den Königl. Gerichtsarzt Dr. E. 2. den prakt. Arzt und Oberarzt der psych. Abteilung Dr. C. Beide Sachverständige, welche für Erstattung von Gutachten in medizinischen Angelegenheiten im allgemeinen vereidet sind, wurden mit dem Zwecke des Termins näher bekannt gemacht. Hierauf wurde durch einen Wärter ein Mann in das Terminszimmer geführt, welchen der Sachverständige Dr. C. als den D. rekognoszierte. Mit dem zu Entmündigenden wurde folgende Unterredung geführt.

II. Fragen des Richters.

Fragebogen: 1. Autoanamnese (abgefragt). 2. Übersicht über die eigenen wirtschaftlichen Verhältnisse. 3. Kenntnisse aus der allgemeinen praktischen Erfahrung. 4. Wissensschatz aus dem Beruf des zu Entmündigenden. (3 und 4 nicht unbedingt erforderlich.)

III. Fragen der Sachverständigen.

1. Über die krankhaften Vorgänge, die ihnen aus der Vorgeschichte bekannt sind, 2. über Störungen der Orientierung, 3. Sinnestäuschungen, 4. Wahnideen, 5. Affektstörungen, 6. besondere Intelligenzdefekte, die zur Demonstration des Krankheitsbildes geeignet sind.

IV. (Mündliches) Gutachten.

Hierauf wurde die Unterredung abgebrochen und der zu Entmündigende aus dem Terminszimmer abgeführt. Die Herren Sachverständigen erklärten, daß sie schon jetzt imstande seien, ein definitives Gutachten über den Geisteszustand des D. abzugeben. Sie verneinten die allgemeinen Glaubwürdigkeitsfragen und erklärten unter Berufung auf den im allgemeinen geleisteten Sachverständigeneid (Personalien und Gutachten der Sachverständigen).

V. Endformel.

Hierauf überreichten die Herren Sachverständigen ihre Liquidation für die Abwartung des heutigen Termins und je

zwei Vorbesuche, welche, wie sie angaben, zum Zwecke der sachkundigen Ermittelung notwendig waren.

v. g. u.

Dr. E. Dr. C.
Königlicher Gerichtsarzt. Oberarzt d. psych. Abt. d. Krkh.

v. w. o.

B. F.
Amtsrichter. Gerichtsschreiber.

4. Entmündigungsgutachten.

I. Einleitung.

1. Beziehung auf die Aufforderung von seiten der Behörde unter Angabe von Datum, Aktenzeichen und Nummer. 2. Wiedergabe der Fragestellung des Gerichts. 3. Kurze Anführung des Materials, auf das sich das Gutachten stützt. a) Akten. b) Eigene Untersuchung mit Daten und Beobachtung (Datum vom Anfang und Ende der Beobachtung).

II. Geschichtserzählung.

1. Personalien S. 41. 2. Heredität S. 41. 3. Geburt und Kindheit S. 42. 4. Schulzeit S. 42. 5. Entwicklungsjahre S. 43. 6. Soziale Entwicklung S. 43. 7. Schädigungen S. 44. 8. Vorläufer der Krankheit S. 45. 9. Entwicklung der Krankheit S. 45.

III. Befund.

A. Verhalten bei den Vorbesuchen. a) Allgemeine Schilderung S. 96. b) Die bei den Vorbesuchen geführte Unterredung in Frage und Antwort. c) Körperlicher Befund S. 54. (Beides nach dem für das Gutachten in Strafsachen abgegebenen Schema.)

B. Verhalten bei der persönlichen gerichtlichen Vernehmung im Termine. a) Allgemeine Schilderung. b) Unterredung. (Es kann dabei auf das im Termin geführte Protokoll verwiesen werden.) c) Besondere Erwähnung, falls sich seit den Vorbesuchen in körperlicher oder geistiger Beziehung etwas verändert hat.

C. Entwicklung der krankhaften Erscheinungen, welche sich aus den angeführten Daten ergeben.

a) Ob eine durch erbliche Belastung bedingte krankhafte Disposition anzunehmen ist. b) Ob noch andere schädigende Momente vorliegen, z. B. Trunksucht, schwere Erkrankungen, Vergiftungen usw. c) Die sich ergebenden krankhaften Erscheinungen von seiten der Intelligenz, des Gemüts und des Verstandes. d) Wissenschaftliche Diagnose.

IV. Gutachten.

Beziehung der krankhaften Erscheinungen zu den materiell rechtlichen Bestimmungen. Es ist der Nachweis zu führen, daß der Untersuchte infolge von „Geisteskrankheit“ oder „Geistesschwäche“ seine Angelegenheiten nicht zu versorgen vermag.

5. Disposition für das Gutachten über Unfallnervenkranke.

I. Einleitung.

Journal-Nr. des Anschreibens. Personalien, Alter, Wohnung des Verletzten, Datum des Unfalls, Datum der Untersuchungen.

II. Angaben des Untersuchten.

a) Autoanamnese, Schilderung des dem Gutachten zugrunde liegenden Unfalls mit allen mittelbaren und unmittelbaren Folgen, Verlauf der bisherigen Störungen, Behandlungsmethoden und ihr Erfolg, Verhalten des Kranken gegenüber der Behandlung, gegenüber den bisherigen Entscheidungen, Arbeitsversuche, früherer Verdienst. b) Jetzige Klagen (wörtlich zu protokollieren), gegenwärtige Beschäftigung und Lohn, gegenwärtige Rentenansprüche des Verletzten.

III. Befund.

a) Körperlicher Befund nach dem Schema S. 50 in funktioneller Reihenfolge. Bei den krankhaft gefundenen Funktionen sind wenigstens teilweise neben den gewöhnlichen die Simulationsprüfungen anzuwenden. Besonders zu beachten sind folgende Punkte: 1. Zeichen der Arteriosklerose, Hysterie, der Trunksucht, Narben von früheren Unfällen. 2. Untersuchung des Schädels mit den S. 58 angegebenen Sonder-

untersuchungen der betroffenen Stellen. 3. Gehirnnerven, speziell Hörvermögen, und Gesichtsfeld S. 64. 4. Gleichgewicht S. 92.

b) Psychischer Befund. 1. Fortlaufende Arbeitsversuche S. 122. (2. Rechenvermögen S. 114. 3. Allgemeine praktische Erfahrung S. 117. 4. Fachkenntnisse S. 115. Nur wenn Verdacht auf Störungen der Gebiete 2—4 vorliegt.)

IV. Gutachten.

1. Zusammenfassung aller gefundenen Veränderungen, differential-diagnostische Erwägungen. 2. Welche Befunde sind auf den Unfall zurückzuführen, welche auf vom Unfall unabhängige Krankheiten. 3. Gegenwärtiger Erwerbsstand in körperlicher und geistiger Beziehung, Abschätzung des durch den Unfall bedingten Grades der Erwerbsverminderung in Prozenten. 4. Zeichen für Simulation und Agravation. Vorschläge für die Therapie und die Wiederholung des Gutachtens, wenn diese Fragen gestellt sind.

6. Anstaltseinweisung.

A. Gesetzliche Bestimmungen über die Aufnahme in öffentliche Anstalten existieren nicht. Hierbei genügt also ein Qualifikations-Attest eines approbierten Arztes etwa in folgender Form: 1. Datum, Ort der Untersuchung, auf wessen Antrag? 2. Kurze Schilderung des Verhaltens und der zutage getretenen Krankheitsäußerungen. 3. P. P. bedarf deshalb wegen Geistesstörung der Aufnahme in eine geschlossene Anstalt für Geisteskranke. Dr. N. N. Verlangt die Anstalt eine eingehende Krankengeschichte, so ist dieser die Disposition unter B. oder das Formular C. zugrunde zu legen.

B. Für die Aufnahme in Privat-Anstalten gilt die Anweisung vom 26. 3. 1901. Zur Ausstellung berechtigt ist der Kreisarzt, Gerichtsarzt am Wohnorte des Kranken und die ärztlichen Leiter von öffentlichen Anstalten für Geisteskranke und von psychiatr. Universitätskliniken.

Vorgeschriebene Disposition für das Einweisungs-Gutachten in Privat-Irrenanstalten. 1. Veranlassung und Zweck der Ausstellung. Zeit und Ort der verschiedenen Untersuchungen, besonders das Datum der letzten Untersuchung. 2. Objektive Anamnese, speziell Verlauf der Krank-

heit und Vorläufer der Krankheit. 3. Befund. Mindestens: Ergebnis der abgekürzten Voruntersuchung. 4. Diagnose, Begründung, weshalb der Kranke der Aufnahme in die Anstalt bedarf. 5. Unterschrift mit Amts-Charakter.

C. Formular der Aufnahme-Gutachten.

Für die schleswig-holsteinischen Irrenanstalten (Verf. vom 1. IX. 1894).

über d . . . . zum Zwecke der Aufnahme in die . . . .

I. Personalien: 1. Vor- und Familienname. 2. Letzter Wohnort. 3. Ort, Tag und Jahr der Geburt. 4. Bürgerliche Stellung. 5. Religion. 6. Familienstand (ledig, verheiratet usw.). 7. Sind Kinder vorhanden? Wie viele?

II. Erbliche und Familien-Anlage in aufsteigender Linie und in den Seitenlinien: 1. Blutsverwandtschaft der Eltern, Geisteskrankheit oder sonstige Gehirn- und Nerven-Krankheiten bei Eltern und Verwandten. 2. Auffallende Charaktere in der Familie oder Trunksüchtige, Selbstmörder, Verbrecher.

III. Vorgänge in der körperlichen und geistigen Entwicklung des Kranken, welche für die gegenwärtige Krankheit von Belang sind: Pubertät, Menstruation, Schwangerschaft, Wochenbett, klimakterisches Alter, Erziehung, Unterricht, geistige Begabung, Temperament, vorherrschende Neigungen und Leidenschaften, Moralität, Religiosität:

IV. Krankheiten und andere Momente, die dem Ausbruch der z. Zt. bestehenden Psychose vorausgingen und zu ihr in Beziehung stehen: 1. Frühere psychische Störungen, Krämpfe, Nervenkrankheiten, Typhus, Rheumatismus, Syphilis, Alkoholismus usw. Kopfverletzung. 2. Familienzwist, Liebesgram, gekränktes Ehrgefühl, Nahrungssorgen, Ausschweifungen. Konflikte mit dem Strafgesetz.

V. Schilderung der psychischen und somatischen Symptome der Seelenstörung: 1. Zeit des Beginns, Veränderung im Verhalten des Kranken; verminderte oder vermehrte Lebhaftigkeit, Stimmungswechsel, Zerstreutheit, Unruhe usw. 2. Schwindel, Störungen an den Pupillen, Störungen der Mobilität (Zunge, Gang, Gesichtsinnervation) und der Sensibilität. 3. Weiterer Verlauf: Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen, Abnahme der Intelligenz: Remissionen, freie Zwischenräume. 4. Besondere Gründe, die die Aufnahme in eine Anstalt erfordern: Neigung zum Entweichen, verkehrten Handlungen und Zerstören, zu Selbstmord und Gewalttätigkeit, sicherheitspolizeiliches Interesse. Eigenes gesundheitliches Interesse des Kranken. 5. Bisherige ärztliche Behandlung.

VI. Diagnose und Prognose.

7. Beispiele für Einleitungsformeln und Endsätze.

I. Beispiel für die einleitende Form schriftlicher Gutachten.

Der Herr Erste Staatsanwalt am Königl. Landgericht zu Altona hat den Unterzeichneten in der Strafsache c/a H. (I 1598/09) durch Verfügung vom 22. 5. 1909 beauftragt, den Arbeiter Albert B., Allee 100 wohnhaft, bezüglich seines Geisteszustandes zu untersuchen und sich darüber zu äußern, ob der pp. B. bei Begehung einer Straftat am 1. Juli 1908 sich in einem Zustande von krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit befunden habe, wodurch seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war (§ 51 des Reichsstrafgesetzbuchs). Der Unterzeichnete kommt diesem Auftrage in Folgendem nach, indem er bemerkt, daß er den zu Untersuchenden bereits im Jahre 1904 auf der Irrenstation des Stadtkrankenhauses beobachtet hat, daß die Angaben über das Vorleben desselben von den Angehörigen damals aufgenommen wurden, wo noch kein Anlaß zu gerichtsärztlicher Verwertung vorlag, und daß er dem Angeschuldigten am 11., 14. und 16. Juni 1909 drei zum Zwecke der sachkundigen Ermittelung notwendige Vorbesuche gemacht hat.

II. Beispiele für Endsätze im Erachten über die Zurechnungsfähigkeit.

1. Pat. hat die ihm zur Last gelegte Straftat in einem Zustand krankhafter Störung seiner Geistestätigkeit begangen, wodurch seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

2. Pat. leidet an Dementia paralytica, einer krankhaften Störung seiner Geistestätigkeit im Sinne des § 51 StGB. und hat sich schon zur Zeit der Begehung der ihm zur Last gelegten Vergehen in einem derartigen Zustande befunden.

3. Bei dem Untersuchten haben sich körperliche Veränderungen gefunden, die für eine gesteigerte Reizbarkeit auf nervösem Gebiete sprechen. Der Untersuchte hat auch im Laufe seines Lebens von jeber Charakterzüge und Neigungen gezeigt, die zur Annahme einer krankhaften geistigen Veranlagung leichteren Grades führen müssen. Seine beruflichen Leistungen, der ausgezeichnete Ausfall aller mit ihm vorgenommenen Intelligenzprüfungen und das völlige Fehlen schwererer Störungen auf geistigem Gebiet verhindern es jedoch, daß sein Zustand als erhebliche Abweichung vom gesunden Geistesleben, d. h. als Geisteskrankheit oder Geistes-

schwäche bezeichnet werden könnte. Eine Bewußtseinstrübung zur Zeit der Tat hat bei dem Untersuchten nach den angestellten Ermittelungen und den Ergebnissen der Untersuchung nicht bestanden.

III. Beispiele für die Endsätze im Entmündigungserachten*).

1. Pat. ist unfähig, seine Angelegenheiten zu besorgen, und muß daher im Sinne des § 6 BGB. als „geisteskrank“ erachtet werden.

2. Oder man wird auch sagen können, er kann daher im Sinne des § 6 infolge von „Geisteskrankheit“ seine Angelegenheiten nicht besorgen. Der Zustand wird voraussichtlich ein länger dauernder sein.

3. Würde es sich um einen „leichteren“ Fall von Geisteskrankheit handeln, so würde man sich folgendermaßen ausdrücken können: Sch. ist zwar noch imstande, leichtere Überlegungen ohne Dazwischenkunft krankhafter Momente auszuführen, auch kann er sich noch in gewisser Weise beherrschen und bei weniger wichtigen Dingen eingreifen. Bei Ausführung von Dingen aber, welche einer längeren Überlegung und umfangreicher Vorbereitungen und einer gewissen Energie bedürfen, treten seine krankhaften Zustände hindernd dazwischen. Sch. ist daher unfähig, seine Angelegenheiten selbst zu besorgen, und muß im Sinne von § 6 als „geistesschwach“ angesehen werden. Oder in anderer Fassung: Sch. kann im Sinne des § 6 infolge von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht besorgen. Der Zustand wird voraussichtlich ein länger dauernder sein.

4. Handelt es sich um einen Fall, bei dem der Schwachsinn im Vordergrund der Symptome steht, so wird man sagen können: Sch. ist in seinen intellektuellen Leistungen so beschränkt, daß er einem unmündigen Kinde gleichzustellen ist, er ist also im Sinne des § 6 BGB. als „geisteskrank“ zu erachten und außerstande, seine Angelegenheiten zu besorgen.

5. Oder: Sch. ist zwar nicht so beschränkt, daß er in seinen intellektuellen Leistungen einem unmündigen Kinde gleich zu achten ist, aber seine Intelligenz steht auch nicht höher als die eines Minderjährigen, er ist also im Sinne des § 6 B.G.B. für „geistesschwach“ zu erachten und außerstande, seine Angelegenheiten zu besorgen.

6. Oder man wird sagen müssen, wenn der Geisteskranke nach Überzeugung des Sachverständigen in der Be-

*) Nach Cramer, Gerichtl. Psych. Jena 1900.

sorgung seiner Angelegenheiten nicht gehindert ist: X. ist zwar geisteskrank im medizinischen Sinne, die Erscheinungen dieser geistigen Erkrankung treten aber so zurück oder beherrschen den X. so wenig in seinen Entschließungen, daß ein Einfluß derselben auf die Besorgung der Angelegenheiten nicht angenommen werden kann. X. ist daher weder „geisteskrank“ noch „geistesschwach“ im Sinne des § 6 BGB.

IV. Beispiele für Pflegschaftsgutachten*).

1. Der am 1. August 1835 geborene Kaufmann Wilhelm Müller leidet an Altersblödsinn, derselbe kann seine Vermögensangelegenheiten nicht selbst besorgen. Eine Willenserklärung im Sinne des Gesetzes kann er nicht abgeben.

2. Der am 2. Mai 1850 geborene Kaufmann Heinrich Schulze hat durch einen Schlaganfall das Vermögen zur willkürlichen Sprache verloren; obschon seine geistigen Fähigkeiten im übrigen intakt sind, ist doch wegen seines geistigen Gebrechens eine Verständigung mit ihm nicht möglich, er kann infolgedessen seine Vermögensangelegenheiten nicht besorgen.

8. Die für den psychiatrischen Sachverständigen wichtigsten Gesetze.

Strafgesetzbuch für das Deutsche Reich**).

StGB. § 51. Eine strafbare Handlung ist nicht vorhanden, wenn der Täter zur Zeit der Begehung der Handlung sich in einem Zustande von Bewußtlosigkeit oder krankhafter Störung der Geistestätigkeit befand, durch welchen seine freie Willensbestimmung ausgeschlossen war.

§ 55. Wer bei Begehung einer Handlung das 12. Lebensjahr nicht vollendet hat, kann wegen derselben nicht strafrechtlich verfolgt werden.

§ 56. Ein Angeschuldigter, welcher zu einer Zeit, als er das 12., aber nicht das 18. Lebensjahr vollendet hatte, eine strafbare Handlung begangen hat, ist freizusprechen, wenn er bei Begehung derselben die zur Erkenntnis ihrer Strafbarkeit erforderliche Einsicht nicht besaß.

§ 58. Ein Taubstummer, welcher die zur Erkenntnis der Strafbarkeit einer von ihm begangenen Handlung erforderliche Einsicht nicht besaß, ist freizusprechen.

§ 176, Abs. 2. Mit Zuchthaus bis zu 10 Jahren wird bestraft, wer eine in einem willenlosen oder bewußtlosen Zustande befindliche oder eine geisteskranke Frauensperson zum außerehelichen Beischlafe mißbraucht.

---

*) Nach Cramer, Gerichtl. Psych. Jena 1900.

**) Auswahl nach Ziehen, Psychiatrie. Leipzig 1908.

Strafprozeßordnung.

StPO. § 56. Unbeeidigt sind zu vernehmen: Personen, welche wegen mangelnder Verstandesreife oder wegen Verstandesschwäche von dem Wesen und der Bedeutung eines Eides keine Vorstellung haben.

§ 81. Zur Vorbereitung eines Gutachtens über den Geisteszustand des Angeschuldigten kann das Gericht auf Antrag eines Sachverständigen nach Anhörung des Verteidigers anordnen, daß der Angeschuldigte in eine öffentliche Irrenanstalt gebracht und dort beobachtet werde. Dem Angeschuldigten, welcher einen Verteidiger nicht hat, ist ein solcher zu bestellen. Gegen den Beschluß findet sofortige Beschwerde statt. Dieselbe hat aufschiebende Wirkung. Die Verwahrung in der Anstalt darf die Dauer von 6 Wochen nicht überschreiten.

§ 203. Vorläufige Einstellung des Verfahrens kann beschlossen werden, wenn dem weiteren Verfahren Abwesenheit des Angeschuldigten oder der Umstand entgegensteht, daß derselbe nach der Tat in Geisteskrankheit verfallen ist.

§ 485, Abs. 2. An schwangeren oder geisteskranken Personen darf ein Todesurteil nicht vollstreckt werden.

§ 487. Die Vollstreckung einer Freiheitsstrafe ist aufzuschieben, wenn der Verurteilte in Geisteskrankheit verfällt.

Militärstrafgesetz für das Deutsche Reich.

§ 49, Abs. 2. Bei strafbaren Handlungen gegen die Pflichten der militärischen Unterordnung sowie bei allen in Ausübung des Dienstes begangenen strafbaren Handlungen bietet die selbstverschuldete Trunkenheit keinen Strafmilderungsgrund.

Bürgerliches Gesetzbuch.

BGB. § 6. Entmündigt kann werden: 1. Wer infolge von Geisteskrankheit oder von Geistesschwäche seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. 2. Wer durch Verschwendung sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt. 3. Wer infolge von Trunksucht seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag oder sich oder seine Familie der Gefahr des Notstandes aussetzt oder die Sicherheit anderer gefährdet. Die Entmündigung ist wieder aufzuheben, wenn der Grund der Entmündigung wegfällt.

§ 104. Geschäftsunfähig ist: 1. Wer nicht das 7. Lebensjahr vollendet hat. 2. Wer sich in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit befindet, sofern nicht der Zustand seiner Natur nach ein vorübergehender ist. 3. Wer wegen Geisteskrankheit entmündigt ist.

§ 105. Die Willenserklärung eines Geschäftsunfähigen ist nichtig. Nichtig ist auch eine Willenserklärung, die im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit abgegeben wird.

§ 114. Wer wegen Geistesschwäche, wegen Verschwendung oder wegen Trunksucht entmündigt oder wer nach § 1906 unter vorläufige Vormundschaft gestellt ist, steht in Ansehung der Geschäftsfähigkeit einem Minderjährigen gleich, der das 7. Lebensjahr vollendet hat.

§ 827. Wer im Zustande der Bewußtlosigkeit oder in einem die freie Willensbestimmung ausschließenden Zustande krankhafter Störung der Geistestätigkeit einem anderen Schaden zufügt, ist für den Schaden nicht verantwortlich. Hat er sich durch geistige Getränke oder ähnliche Mittel in einen vorübergehenden Zustand dieser Art versetzt, so ist er für einen Schaden, den er in diesem Zustande widerrechtlich verursacht, in gleicher Weise verantwortlich, wie wenn ihm Fahrlässigkeit zur Last fiele; — die Verantwortlichkeit tritt nicht ein, wenn er ohne Verschulden in den Zustand geraten ist.

§ 828. Wer nicht das 7. Lebensjahr vollendet hat, ist für einen Schaden, den er einem andern zufügt, nicht verantwortlich. Wer das 7., aber nicht das 18. Lebensjahr vollendet hat, ist für einen Schaden, den er einem anderen zufügt, nicht verantwortlich, wenn er bei der Begehung der schädigenden Handlung nicht die zur Erkenntnis der Verantwortlichkeit erforderliche Einsicht hat. Das gleiche gilt von einem Taubstummen.

§ 832. Wer kraft Gesetzes zur Führung der Aufsicht über eine Person verpflichtet ist, die wegen Minderjährigkeit oder wegen ihres geistigen oder körperlichen Zustandes der Beaufsichtigung bedarf, ist zum Ersatz des Schadens verpflichtet, den diese Person einem Dritten widerrechtlich zufügt. Die Ersatzpflicht tritt nicht ein, wenn er seiner Aufsichtspflicht genügt, oder wenn der Schaden auch bei gehöriger Aufsichtsführung entstanden sein würde. Die gleiche Verantwortlichkeit trifft denjenigen, welcher die Führung der Aufsicht durch Vertrag übernimmt.

§ 1325. Eine Ehe ist nichtig, wenn einer der Ehegatten zur Zeit der Eheschließung geschäftsunfähig war oder sich im Zustande der Bewußtlosigkeit oder vorübergehender Störung der Geistestätigkeit befand. Die Ehe ist als von Anfang an gültig anzusehen, wenn der Ehegatte sie nach dem Wegfalle der Geschäftsunfähigkeit, der Bewußtlosigkeit oder der Geistestätigkeit bestätigt, bevor sie für nichtig erklärt oder aufgelöst worden ist. Die Bestätigung bedarf nicht der für die Eheschließung vorgeschriebenen Form.

§ 1331. Eine Ehe kann von den Ehegatten angefochten werden, der zur Zeit der Eheschließung oder im Falle des § 1325 zur Zeit der Bestätigung in der Geschäftsfähigkeit beschränkt war, wenn die Eheschließung oder die Bestätigung ohne Einwilligung seines gesetzlichen Vertreters erfolgt ist.

§ 1333. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der sich bei der Eheschließung in der Person des anderen Ehegatten oder über solche persönlichen Eigenschaften des anderen Ehegatten geirrt hat, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden.

§ 1334, Abs. 1. Eine Ehe kann von dem Ehegatten angefochten werden, der zur Eingehung der Ehe durch arglistige Täuschung über solche Umstände bestimmt worden ist, die ihn bei Kenntnis der Sachlage und bei verständiger Würdigung des Wesens der Ehe von der Eingehung der Ehe abgehalten haben würden. Ist die Täuschung nicht von dem anderen Ehegatten verübt worden, so ist die Ehe nur dann anfechtbar, wenn dieser die Täuschung bei der Eheschließung gekannt hat.

§ 1569. Ein Ehegatte kann auf Scheidung klagen, wenn der andere Ehegatte in Geisteskrankheit verfallen ist, die Krankheit während der Ehe mindestens 3 Jahre gedauert und einen solchen Grad erreicht

hat, daß die geistige Gemeinschaft zwischen den Ehegatten aufgehoben, auch jede Aussicht auf Wiederherstellung dieser Gemeinschaft ausgeschlossen ist.

§ 1910. Ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, kann einen Pfleger für seine Person und sein Vermögen erhalten, wenn er infolge körperlicher Gebrechen, insbesondere weil er taub, blind oder stumm ist, seine Angelegenheiten nicht zu besorgen vermag. Vermag ein Volljähriger, der nicht unter Vormundschaft steht, infolge geistiger oder körperlicher Gebrechen einzelne seiner Angelegenheiten oder einen bestimmten Kreis seiner Angelegenheiten, insbesondere seine Vermögensangelegenheiten nicht zu besorgen, so kann er für diese Angelegenheiten einen Pfleger erhalten. Die Pflegschaft darf nur mit Einwilligung des Gebrechlichen angeordnet werden, es sei denn, daß eine Verständigung mit ihm nicht möglich ist.

§ 2229. Wer wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht entmündigt ist, kann ein Testament nicht errichten. Die Unfähigkeit tritt schon mit der Stellung des Antrages ein, auf Grund dessen die Entmündigung erfolgt.

§ 2253. Ein Testament sowie eine einzelne in einem Testament enthaltene Verfügung kann von dem Erblasser jederzeit widerrufen werden. Die Entmündigung des Erblassers wegen Geistesschwäche, Verschwendung oder Trunksucht steht dem Widerruf eines vor der Entmündigung errichteten Testaments nicht entgegen.

Zivil-Prozeß-Ordnung für das Deutsche Reich.

§ 393. Unbeeidigt sind zu vernehmen: 1. Personen, welche zur Zeit der Vernehmung das 16. Lebensjahr noch nicht vollendet haben oder wegen mangelnder Verstandesreife oder Verstandesschwäche von dem Wesen oder der Bedeutung des Eides keine genügende Vorstellung haben.

§ 623. Auf Scheidung wegen Geisteskrankheit darf nicht erkannt werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des Beklagten gehört hat.

§ 646. Der Entmüngigüngsantrag kann von dem Ehegatten, einem Verwandten oder demjenigen gesetzlichen Vertreter des zu Entmündigenden gestellt werden, welchem die Sorge für die Person zusteht. Gegen eine Person, die unter elterlicher Gewalt oder Vormundschaft steht, kann der Antrag von einem Verwandten nicht gestellt werden. Gegen eine Ehefrau kann der Antrag von einem Verwandten nur gestellt werden, wenn auf Aufhebung der ehelichenGemeinschaft erkannt ist, oder wenn der Ehemann die Ehefrau verlassen hat, oder wenn der Ehemann zur Stellung des Antrages dauernd außerstande oder sein Aufenthalt dauernd unbekannt ist. In allen Fällen ist auch der Staatsanwalt bei dem vorgesetzten Landgericht zur Stellung des Antrages befugt.

§ 649. Das Gericht kann vor Einleitung des Verfahrens die Beibringung eines ärztlichen Zeugnisses anordnen.

§ 654. Der zu Entmündigende ist persönlich unter Zuziehung eines oder mehrerer Sachverständiger zu vernehmen. Zu diesem Zwecke kann die Vorführung des zu Entmündigenden angeordnet werden. Die Vernehmung kann auch durch einen ersuchten Richter erfolgen. Die Vernehmung darf nur unterbleiben, wenn sie mit besonderen Schwie-

rigkeiten verbunden oder nicht ohne Nachteil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist.

§ **655.** Die Entmündigung darf nicht ausgesprochen werden, bevor das Gericht einen oder mehrere Sachverständige über den Geisteszustand des zu Entmündigenden gehört hat.

§ **656.** Mit Zustimmung des Antragstellers kann das Gericht anordnen, daß der zu Entmündigende auf die Dauer von höchstens 6 Wochen in eine Heilanstalt gebracht werde, wenn dies nach ärztlichem Gutachten zur Feststellung des Geisteszustandes geboten erscheint und ohne Nachteil für den Gesundheitszustand des zu Entmündigenden ausführbar ist. Vor der Entscheidung sind die im § 646 bezeichneten Personen, soweit tunlich, zu hören. Gegen den Beschluß, durch welchen die Unterbringung angeordnet wird, steht dem zu Entmündigenden, dem Staatsanwalt und binnen der für den zu Entmündigenden laufenden Frist den sonstigen im § 646 bezeichneten Personen die sofortige Beschwerde zu.

§ **659.** Der über die Entmündigung zu erlassende Beschluß ist dem Antragsteller und dem Staatsanwalt von Amts wegen zuzustellen.

§ **660.** Der die Entmündigung aussprechende Beschluß ist von Amts wegen der Vormundschaftsbehörde mitzuteilen und, wenn der Entmündigte unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, auch demjenigen gesetzlichen Vertreter zuzustellen, welchem die Sorge für die Person des Entmündigten zusteht. Im Falle der Entmündigung wegen Geistesschwäche ist der Beschluß außerdem dem Entmündigten selbst zuzustellen.

§ **661.** Die Entmündigung wegen Geisteskrankheit tritt, wenn der Entmündigte unter elterlicher Gewalt oder unter Vormundschaft steht, mit der Zustellung des Beschlusses an denjenigen gesetzlichen Vertreter, welchem die Sorge für die Person zusteht, andernfalls mit der Bestellung des Vormundes in Wirksamkeit. Die Entmündigung wegen Geistesschwäche tritt mit der Zustellung des Beschlusses an den Entmündigten in Wirksamkeit.

§ **671.** Von der Vernehmung Sachverständiger darf das Gericht Abstand nehmen, wenn es das vor dem Amtsgericht abgegebene Gutachten für genügend erachtet.

§ **675.** Die Wiederaufhebung der Entmündigung erfolgt auf Antrag des Entmündigten oder desjenigen gesetzlichen Vertreters des Entmündigten, welchem die Sorge für die Person zusteht, oder des Staatsanwalts durch Beschluß des Amtsgerichts.

§ **680.** Die Entmündigung wegen Verschwendung oder Trunksucht erfolgt durch Beschluß des Amtsgerichts. Der Beschluß wird nur auf Antrag erlassen. Auf das Verfahren finden die Vorschriften des § 646, Abs. 1 und der §§ 647, 648, 653, 657, 663 entsprechende Anwendung. Eine Mitwirkung der Staatsanwaltschaft findet nicht statt. Die landesgesetzlichen Vorschriften, nach welchen eine Gemeinde oder ein der Gemeinde gleichstehender Verband oder ein Armenverband berechtigt ist, die Entmündigung wegen Verschwendung oder Trunksucht zu beantragen, bleiben unberührt.

§ **681.** Ist die Entmündigung wegen Trunksucht beantragt, so kann das Gericht die Beschlußfassung über die Entmündigung aussetzen, wenn Aussicht besteht, daß der zu Entmündigende sich bessern werde.

Anhang.

Verzeichnis der wichtigsten Symptome und Symptomenkomplexe.

Abadies Symptom: Schmerzunempfindlichkeit der Achillessehne gegen Druck (Tabes).

Abasie: Psychogene Unfähigkeit zu gehen.

Absences: Leichtere Bewußtseinstrübungen der Epileptiker.

Adiadokokinesis: Unfähigkeit zu rasch wechselnder Pronation und Supination (Cerebellum).

Akoasmen: Gehörstäuschungen, allgemeine Geräusche.

Algolagnie: Schmerzgeilheit; aktive: Sadismus, passive: Masochismus.

Amnesie, retrograde: Erinnerungslücken, die über eine Bewußtseinstrübung hinausreichen.

Anisocorie: Pupillenungleichheit (Tabes, Paralyse, Lues cerebri).

Apraxie: Umschriebene kortikale Lähmung des Handelns.

Aprosexie: Schweransprechbarkeit.

Äquivalente: Psychische Störungen als Ersatz des epileptischen Anfalls.

Argyll Robertsons S.: Reflektorische Pupillenstarre (Tabes, Paralyse, Lues cerebrosp., Encephalitis).

Astasie: Psychogene Unfähigkeit zu stehen.

Asymbolie-Agnosie: Umschriebene kortikale Störungen der Sinneswahrnehmungen.

Athetose: Periodische langsam krampfartige Beugungen und Streckungen der Finger und Zehen (Kinderlähmung, Hemiathetosis, Chorea).

Aura: Vorboten des epileptischen Anfalls.

Automatismus: Willenloses Handeln auf Befehl oder Beispiel.

Babinskis S.: Fächerförmige Ausbreitung der Zehen und langsame Dorsalflexion der großen Zehe bei Streichen des Fußrandes (spastische Paresen).

Bechterews S.: Blutwallung zum Kopfe bei Schmerz.

Befehlsautomatie: Willenloses Gehorchen bei Auf forderungen.

Biernackis S.: Schmerzunempfindlichkeit des Ulnaris gegen Druck (Tabes).

Blochs S.: Emporziehen der Patella beim Stehen mit Lidschluß.

Brauch-Rombergs S.: Schwanken beim Stehen mit Lidschluß.

Brodiessches S.: Drucküberempfindlichkeit der Weichteile, nicht des Gelenkes selbst (hysterische Gelenkkrankheiten).

Bückphänomen: Schwindel, Kongestionen, Pulsänderung beim Bücken.

Buzzards Kunstgriff: Verstärkung des Kniephänomens durch Aufstemmen der Fußspitze oder durch kaltes Bad vor der Prüfung.

Cheyne-Stokessches Atmen: Periodisch an- und abschwellendes Atmen mit Atempausen (Bulbärparalyse).

Chvosteks S.: Gesteigerte mechanische Erregbarkeit der Nerven (Tetanie).

Clavus: Bohrender Kopfschmerz neben der Pfeilnaht (Hysterie).

Dipsomanie: Quartalstrinker, periodisches zwangmäßiges Trinken auf meist epileptischer Grundlage.

Dissoziation-Parakinese: Gestörter Zusammenhang der Gedanken, der Sprache und des Handelns.

Drommomanie: Wandertrieb, anfallweises Reisen und Wandern der Epileptiker.

Duchenne-Erbsche Lähmung: Obere Plexuslähmung (Deltoideus, Biceps, Brachialis, Supinator longus).

Echomimie, Echolalie, Echopraxie: Willenloses Nachäffen vorgemachter Worte, Gebärden, Haltungen.

Erbs Tetaniesymptom: Elektrische Überreizbarkeit der Nerven.

Erethisch: Mit Reizbarkeit und Bewegungsdrang verbunden.

Fetischismus: Wollust beim Berühren gewisser Gegenstände.

Flexibilitas cerea: Zwangmäßiges unbegrenztes Festhalten passiv gegebener Stellungen unter Aufhebung des Ermüdungsgefühls.

Gansers Komplex: Hysterische Ausnahmezustände mit Vorbeireden bei sonst geordnetem Verhalten.

Graefes S.: Zurückbleiben des oberen Lids beim Blick abwärts (Basedow).

Guddens S.: Pupillenträgheit nach Alkoholgenuß bei Alkoholintoleranten.

Gudden-Wannerscher Versuch: Verkürzung des Stimmgabelschalls über Schädelnarben.

Haabs Pupillenreflex: Pupillenenge bei Blick auf entfernte helle Gegenstände.

Häsitieren: Artikulatorische Sprachstörung.
Heads Zonen: Überempfindliche Punkte der Bauchhaut bei Eingeweideleiden.
Hemmung: Gefühl erschwerten Denkvermögens, Sprechens, Handelns. Objektiv: Verlangsamung der einzelnen Funktionen (Depression).
Hippus: Wechselnde Pupillenweite.
Hutchinsonsche Pupille: Gleichseitige Pupillenerweiterung bei Kopfverletzungen.
Hutchinsons Trias: Keratitis, Schwerhörigkeit, zackige Schneidezähne (hereditäre Lues).
Hyperprosexie: Steigerung der Auffassungsgeschwindigkeit (Manie).
Jendrassikscher Kunstgriff: Verstärkung des Kniephänomens durch Ballen der Fäuste oder dergl.
Intentionstremor: Zittern und Ataxie, die erst bei der Bewegung zutage treten.
Katalepsie: Zwangsmäßiges Festhalten der einmal eingenommenen Stellungen.
Kernigs S.: Unfähigkeit, die Unterschenkel in sitzender Stellung zu strecken oder die gestreckten Beine in Rückenlage im Hüftgelenk zu beugen (Meningitis).
Klumpkesche Lähmung: Untere Plexuslähmung. Kleinere Handmuskeln, Interossei, Daumen und Kleinfingerballen.
Koprolagnie: Wollust durch Ekel (Urinieren in den Mund).
Korsakoffscher S.-Kompl.: Polyneuritis alcoholist. + Desorientierung + Merkfähigkeitsdefekt + Konfabulationen.
Lasègues S.: Schmerzhaftigkeit der rechtwinkligen Beugung im Hüftgelenk bei gestrecktem Knie (Ischias).
Mannkopf-Rumpfs S.: Pulsänderung bei Schmerz.
Masochismus: Wollust beim Erdulden von Schmerzen.
Mendel-Bechterews S.: Beklopfen des $^4/_5$-Metatarsus, fächerförmige Spreizung + Plantar-Beugung der großen Zehe.
Menières S.: Heftige Hörstörung, Schwindel, Hinstürzen, Erbrechen (Labyrinth).
Moebiussches S.: Konvergenzlähmung (bei Basedow).
Mutacismus = Mutismus: Psychisch bedingte völlige Stummheit.
Mydriasis: Erweiterte Pupillen (Epilepsie, Hysterie, Hirndruck, Gifte).
Myosis: Verengte Pupille (Tabes, Halsmarkreizung, Gifte).
Narkolepsie: Anfälle von plötzlichem Einschlafen am Tage mit retrograder Amnesie (Epilepsie).
Negativismus: Allgemeines sinnloses Widerstreben (nicht z. B. durch Angst erklärt).

Oppenheims S.: Dorsalflexion der Zehen bei kräftigem Streichen des inneren Tibiarandes (spastische Paresen).

Parrots S.: Pupillenerweiterung bei Schmerz.

Perseveration: Haftenbleiben an dem zuletzt gesprochenen Satze oder Gedanken.

Petit mal: Kurze leichte epileptische Bewußtseinstrübung ohne Krampfanfall.

Phoneme: Gehörstäuschungen, Stimmen.

Priapismus: Dauernde Erektion (spinales Trauma über dem Lumbalmark).

Pseudologia phantastica: Krankhafte Neigung zum phantastischen Lügen ohne Grund.

Ptosis: Hängen des oberen Lids (Ophthalmoplegie, Tabes, Paralyse, multiple Sklerose, hereditäre Lues).

Quinquauds S.: Knarren der Gelenke beim Aufsetzen der Fingerspitzen des Kranken auf die Hand des Untersuchers.

Remaks S.: Dorsalflexion des Fußes und Emporziehen des Beins beim Streichen der Oberschenkel (spastische Lähmungen).

Rosenbachs S.: Fehlen der Bauchreflexe (multiple Sklerose).

Rustsches S.: Kopfstützen bei Bewegungen (Caries der Halswirbel).

Schreibers Kunstgriff: Verstärkung des Kniephänomens durch Reiben der Innenfläche der Oberschenkel.

Skandieren: Artikulatorische Sprachstörung.

Skotom: Gesichtsfeldlücken.

Stellwags S.: Seltenheit des Lidschlags (bei Basedow).

Stereotypie: Sinnloses Wiederholen einer Bewegung oder Handlung.

Strümpells Tibialisphänomen: Dorsalflexion der Zehen, wenn der Oberschenkel gegen Widerstand stark gebeugt wird.

Stupor: Bewegungslosigkeit mit Verminderung der psychischen Reaktionen.

Torpid: Mit Stumpfsinn und Verlangsamung des Denkens verbunden.

Trousseaus S.: Tetanieanfall bei Druck auf den Sulc. bicipitalis.

Valleixsche Druckpunkte: Umschriebene Druckempfindlichkeit bei Neuralgien.

Verbigeration: Sinnloses Wiederholen desselben Wortes oder Satzes.

Wernickes S.: Hemianopische Pupillenstarre auf Licht.

Westphals S.: Fehlen des Kniephänomens (Tabes).

Westphal-Pilczs S.: Pupillenenge bei kräftigem Lidschluß.

Literatur.

Alzheimer: Einige Methoden zur Fixierung der Zellen aus der Cerebrospinalflüssigkeit. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie 1907. S. 449.

Aschaffenburg: Experimentelle Studien über Assoziationen. Kraepelins psychol. Arbeiten, Bd. 4, Heft 2. Leipzig 1902.

Baatz, Kurt: Über Pupillenverhältnisse bei einigen Geisteskranken. Inaug.-Dissert. Tübingen 1906.

Bary: Über Schrift- und Zeichenproben von Geisteskranken. St. Petersburger Medizin. Wochenschr. 1905. S. 86.

Becker: Simulation von Krankheiten und ihre Bedeutung. Leipzig 1908.

Beissinger: Merkfähigkeitsprüfungen bei organischen Gehirnkrankheiten. Inaug.-Dissert. Straßburg 1907.

Bernstein: Untersuchung der Merkfähigkeit bei Geisteskrankheiten. Zeitschr. f. Psychol. d. Sinnesorgane, Bd. 32, Heft 3 u. 4.

Berze: Über das Verhältnis des geistigen Inventars zur Zurechnungs- und Geschäftsfähigkeit. Halle 1908. 2,80 M.

Binet: A propos de la mesure de l'intelligence. L'année psychologique 1905. T. XI.

Bolte: Assoziationsversuche als diagnostisches Hilfsmittel. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 64, Heft 4, S. 619.

Bourdon: Revue philosoph. 1895. S. 153. Zitiert nach Ziehen, Prinzip. und Meth. d. Intelligenzprüfung.

Cramer: Gerichtliche Psychiatrie. Jena 1900.

Cimbal, W.: Chemische usw. Ergebnisse an 240 Spinalpunktionen. Therapie der Gegenwart 1906, Heft 11.

Curschmann, H.: Lehrb. d. Nervenkrankheiten. Berlin 1909.

Dost: Kurzer Abriß der Psychologie, Psychiatrie und gerichtlichen Psychiatrie. Leipzig 1908.

Deutscher Verein für Psychiatrie: Thesen der Jahresversammlung zu Köln und Bonn am 23. und 27. April 1909. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie und psych. gerichtl. Medizin, Bd. 66.

Ebbinghaussche Ergänzungsmethode. Zeitschr. f. Psychol. der Sinne, Bd. 13, S. 401.

Finckh: Zur Frage d. Intelligenzprüfung. Zentralbl. f. Nervenheilk. u. Psychiatrie, 29. Jahrg., 17. Bd. N. F. S. 945.

Ganter: Intelligenzprüfung bei Epileptischen u. Normalen mit der Witzmethode. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 64.

Groß, Hans: Zur psychologischen Tatbestandsdiagnostik. Arch. f. Kriminalanthropologie 1905.

Heilbronner, Karl: Zur klinisch psychologischen Untersuchungstechnik. Monatsschr. f. Psychologie und Neurologie 1905, Bd. 17, Heft 2. S. 115.

Henneberg: Zur Methodik der Intelligenzprüfung. Vortrag im psych. Verein zu Berlin. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 64. S. 400.

Derselbe: Zur Methode der Intelligenzprüfung. Neurologisches Zentralbl. 1907. S. 378.

Hellpach: Die pathographische Methode. Neurologisches Zentralbl. 1906. S. 1132.

Henkel: Untersuchung der Cerebrospinalflüssigkeit bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 42/43. S. 327. Münchner med. Wochenschr. 1907. S. 1685.

Hoche: Handbuch der gerichtlichen Psychiatrie. Berlin 1901. S. 545ff.

Hoppe, J.: Über die Bedeutung der Azetonurie mit besonderer Berücksichtigung des Vorkommens von Azeton bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 39, Heft 3. S. 1174.

Hübner, Arth. Herm.: Beschreibung eines Apparates zur Untersuchung der Pupillen nebst Bemerkungen über einige Störungen der Pupillenreaktion. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 22, Heft 1.

Derselbe: Über die psychische und sensible Reaktion der Pupillen. Zentralbl. f. Nervenheilkunde, Bd. 16. S. 945.

Isserlin, Max: Psychologische Untersuchungen an Manisch-Depressiven. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 22, Heft 4—6.

Derselbe: Diagnostische Bedeutung der Assoziationsversuche. Münch. med. Wochenschr. 1907, Nr. 27. S. 1332.

Jung, G., und Dr. Fr. Riklin: Experimentelle Untersuchung über Assoziationen Gesunder. Diagnostische Assoziationsstudien. Leipzig 1906, Bd. 1, 16.

Jung, G.: Die psychologische Diagnose des Tatbestandes; juristische und psychiatrische Grenzfragen. Diagnostische Assoziationsstudien. Leipzig 1906. Bd. 4, Heft 2.

Kirchhoff: Der Gesichtsausdruck bei inneren Krankheiten. Sammlung klinischer Vorträge 1909 (Volkmanns, N. F., Nr. 516. Serie XVIII, Nr. 6).

Kohnstamm; Hohe Hämoglobinzahlen als Degenerationszeichen? Neurologisches Zentralbl. 1906, S. 88.

Köster: Die Schrift bei Geisteskranken. 1903.

Kraepelin: Psychiatrie. 8. Aufl. 1909.
Derselbe: Über die Merkfähigkeit. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 8, 1900. S. 245.
Derselbe: Psychologische Arbeiten.
Derselbe: Die Arbeitskurve. (Wundt, Philosoph. Studien 1902, Bd. 19).
Derselbe: Über geistige Arbeit. 4. Aufl. Jena 1903.
Derselbe: Über die Beeinflussung einfacher psychischer Vorgänge durch einige Arzneimittel. 1892.
Lehrbuch der Psychiatrie, bearbeitet von Cramer, Hoche, Westphal, Wollenberg, Binswanger, Siemerling. Jena 1904.
Liebmann und Edel: Die Sprache der Geisteskranken. Halle 1903.
Liepmann: Über Ideenflucht. Halle 1904. S. 81.
Derselbe: Kleine Hilfsmittel bei der Untersuchung von Geisteskrankheiten. Deutsche med. Wochenschr. 1905, Nr. 38. S. 1492.
Derselbe: Zum Stande der Aphasiefrage. Neurologisches Zentralbl. 28. Jahrg., Nr. 9. 1. Mai 1909.
Lobzien: Experimentelle Untersuchungen über die Gedächtnisentwickelung von Schulkindern. Zeitschr. f. Psychologie 1901, Bd. 27.
Meumann: Die wissenschaftliche Untersuchung der Begabungsunterschiede der Kinder und ihre praktische Bedeutung. Zeitschr. für die Behandlung Schwachsinniger und Epileptischer 1906. S. 167.
Meurosch: Über einige motorische Erscheinungen bei Geisteskranken. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 64/65. S. 733.
Meyer, E.: Untersuchung des Liquor cerebrospinalis bei Geistes- und Nervenkrankheiten. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 63. S. 755.
Moeli: Die Tätigkeit des Sachverständigen bei Feststellung des Geisteszustandes im Zivilverfahren. Forensische Psychiatrie. Wien 1908.
Möller: Über Intelligenzprüfungen, ein Beitrag zur Diagnostik des Schwachsinns. Dissertation vom 9. August 1897, und Vortrag über eine Methode der Intelligenzprüfung, gehalten in der Berl. Gesellschaft f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Arch. f. Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Bd. 34. S. 284. (H. 1,50 M.)
Mohr: Über Zeichnungen von Geisteskranken und ihre diagnostische Verwertbarkeit. Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie 1906. Journal f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 8. 1906.

Müller und Pilzecker: Zeitschr. f. Psychologie. Ergänzungsband 1900.
Müller und Schumann: Experimenteller Beitrag zur Untersuchung des Gedächtnisses. Zeitschr. f. Psychologie 1894. Bd. 6.
Nißl von Mayendorf: Beiträge zur Lehre von der motorischen Aphasie. Jahrbuch f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 28.
Nißl: Die Bedeutung der Lumbalpunktion in der Psychiatrie. Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie 1904, Bd. 27. S. 225.
Nonne-Apelt: Über fraktionierte Eiweißausfällung in der Spinalflüssigkeit von Gesunden, Luetikern, funktionell und organisch Nervenkranken und über ihre Verwertung zur Differentialdiagnose der Dementia paralytica, Tabes dorsales, tertiären und abgelaufenen Syphilis. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 43, Heft 2.
Raecke: Grundriß der psychiatrischen Diagnostik. Berlin 1908.
Ranschburg: Studien über die Merkfähigkeit der Normalen und Geisteskranken. Monatsschr. f. Psychiatrie 1901. Bd. 9.
Derselbe: Über Art und Wert klinischer Gedächtnismessungen bei nervösen und psychischen Krankheiten. Klinik für nervöse und psychische Krankheiten 1907, Bd. 2. S. 365.
Derselbe: Über die Bedeutung der Ahnlichkeit beim Lernen, Behalten und der Reproduktion. Journal f. Pyschiatrie und Neurologie 1905, Bd. 5.
Redepenning, Dr. Rudolph: Der geistige Besitzstand von sogenannten Dementen. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie 1908, Bd. 23. Ergänzungsheft S. 139.
Rehm, O.: Ergebnisse der cytologischen Untersuchungen der Zerebrospinalflüssigkeit und deren Aussichten. Münch. med. Wochenschr. 1908, Nr. 31.
Reis, Joh.: Über einfache psychologische Versuche an Gesunden und Geisteskranken. Psychologische Arbeiten von Kraepelin. Leipzig 1899.
Rieger: Beschreibung der Intelligenzstörungen infolge einer Hirnverletzung, nebst einem Entwurfe zu einer allgemein anwendbaren Methode der Intelligenzprüfung. 1889.
Derselbe: Eine exakte Methode der Craniographie. Jena 1885.
Rodewaldt, Ernst: Zur Methode der Intelligenzprüfung. Vortrag, gehalten auf der Naturforscherversammlung zu Breslau am 23. 9. 04. Arch. f. Kriminal-Anthropologie und Kriminalstatistik, Bd. 18. S. 235.
Derselbe: Aufnahmen des geistigen Inventars Gesunder als Maßstab für Defektprüfungen bei Kranken. Monatsschr.

f. Psychiatrie und Neurologie 1905, Bd. 17, Ergänzungsheft. S. 17. (Wernicke und Ziehen.)

Schlager: Untersuchungen in Fällen fraglicher Zurechnungsfähigkeit. Maschka, Handbuch der gerichtlichen Medizin. Tübingen 1881/82. 4 Bde.

von Schuckmann: Vergleichende Untersuchungen einiger Psychosen mit der Bildchenbenennungsmethode. Monatsschrift f. Psychiatrie und Neurologie, Bd. 21, Heft 4. S. 320.

Schulze, Ernst, und Karl Rüß: Intelligenzprüfung von Rekruten und älteren Mannschaften. Deutsche med. Wochenschr. 1906, Nr. 31. S. 1273.

Schulze, Rud.: Aus der Werkstatt der experimentellen Psychologie und Pädagogik. Leipzig 1909.

Sommer: Klinik für psychische und nervöse Krankheiten, III. Abt., von Dr. Leupoldt, Oberarzt in Gießen. Die Untersuchung von Unfallnervenkranken mit psychologischen Methoden. Halle 1906.

Derselbe: Lehrbuch der psychopathologischen Untersuchungsmethoden. Berlin 1899.

Specht, Wilhelm: Über klinische Ermüdungsmessungen. Leipzig 1904.

Derselbe: Intervalle und Arbeit. Arch. f. die gesamte Psychologie, Bd. 3, Heft 1.

Tomaschny: Über Alkoholversuche bei Beurteilung zweifelhafter Geisteszustände. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 63, Heft 5. S. 691.

Trèves: Le travail, la fatigue et l'effort. L'année psychol. 1906.

Veraguth, Otto: Das psycho-galvanische Reflex-Phänomen. Monatsschr. f. Psychiatrie und Neurologie (Ziehen) 1907, Bd. 21.

Vierecke: Prüfung der Merkfähigkeit für Zahlen. Zeitschrift f. Psychiatrie, Bd. 65. S. 130 und 207.

Vogt, R.: Pletysmographische Untersuchungen bei Geisteskranken. Zentralbl. f. Nervenheilkunde und Psychiatrie 1902, Bd. 25, Nr. 154. S. 665.

Wassermann: Hämolysine, Cytotoxine und Präcipitine. Leipzig 1902.

Derselbe und Plaut: Über das Vorhandensein syphilitischer Antistoffe in der Zerebrospinalflüssigkeit von Paralytikern. Deutsche med. Wochenschr. 1906. S. 1769.

Wassermeyer: Zur Pupillenuntersuchung bei Geisteskranken. Arch. f. Psychiatrie, Bd. 43, Heft 1. S. 124. Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 63. S. 868.

Weck, Wolfgang: Die Intelligenzprüfung nach der Ebbinghausschen Methode. Inaug.-Dissertation. Berlin 1905.

Weiler: Pupillenuntersuchungen bei Geisteskranken. Neurologisches Zentralbl. 1906. S. 475.

Westphal: Über ein im katatonischen Stupor beobachtetes Pupillenphänomen sowie Bemerkungen über Pupillenstarre bei Hysterie. Deutsche med. Wochenschr. 1906, Nr. 27. S. 1080.

Wernicke: Grundriß der Psychiatrie. 2. Aufl. 1906.

Derselbe: Kranken-Vorstellungen aus der Psychiatr. Klinik in Breslau. Breslau 1899 und 1900 (3 Bde.).

Wertheimer: Experimentelle Untersuchung zur Tatbestandsdiagnostik. Dissertation. Würzburg 1905.

Wertheimer und Klein: Psychiatr. Tatbestandsdiagnostik. Arch. f. Kriminalanthropologie, Bd. 15.

Weygandt: Die geistige Minderwertigkeit im schulpflichtigen Alter. Bayr. Med.-Beamten-Verein, 2. Landes-Vers. zu Würzburg. Berlin 1905.

Derselbe: Idiotie und Dementia praecox. Zeitschr. f. Erforschung und Behandlung des jugendlichen Schwachsinns. Jena 1907. S. 312.

Wolfskehl, H.: Auffassungs- und Merkstörungen bei manischen Kranken. Kraepelins psychologische Arbeiten, Bd. 5. S. 105—161.

Wulffen: Psychologie des Verbrechers. Groß-Lichterfelde 1908.

Wundt: Grundriß der Psychologie. 4. Aufl. Leipzig. S. 204.

Ziehen: Leitfaden der physiologischen Psychologie. Jena 1893.

Derselbe: Psychiatrie. 2. Aufl. S. 147.

Derselbe: Neue Arbeiten zur allgemeinen Pathologie des Intelligenzdefektes in Lubarsch und Ostertags Ergebnissen der allgemeinen Pathologie und pathologischen Anatomie. 4. Jahrg. 1897.

Derselbe: Erkennung und Behandlung der Melancholie in der Praxis. Halle 1896.

Derselbe: Schematische Anweisung zur psychischen Untersuchung bei geisteskranken Kindern in: Die Geisteskrankheit im Kindesalter. Berlin 1906, Heft 3. S. 126.

Derselbe: Die Prinzipien und Methoden der Intelligenzprüfung. Berlin 1908.



Material zur Vorprüfung des Denkvermögens.*)

1. Bildererklärungsmethode nach Henneberg, vgl. S. 124.



Auffassungsfragen: Was stellt das Bild dar? Wieviel Figuren sind auf dem Bilde? Was geht mit dem sitzenden Manne vor? Was tut die stehende Figur? Wer ist das? Was bedeutet das Läuten für den Greis? Was für ein Raum ist es? Welche Möbel und Geräte sind in dem Raum? Woran erkennt man hier die Glockenstube eines Kirchturms? Welche Tageszeit?

Suggestiv- und Erinnerungsfragen: (Augen schließen lassen.) Was für Tiere waren auf dem Bilde zu sehen? Saß die Turmkatze auf dem Fensterbrett oder zu Füßen des Greises? Wieviel Öffnungen hatte der Raum? Hatte der als Mönch gekleidete Tod einen Hut auf oder gar keine Kopfbedeckung? Was hatte der Greis in den Händen?

Urteilsfragen: Welche Überschrift würden Sie dem Bilde geben? Welche von den nachfolgenden Überschriften würden etwa dafür passen: „Morgenrot, Morgenrot, leuchtest mir zum frühen Tod" oder „Der Tod als Freund" oder „Mitten im Leben vom Tode umgeben" oder „Hoch vom Turm läutet's Sturm" oder „Ein ungebetener Gast"?

*) Gehört zu S. 36.

2. Ergänzung ausgelassener Silben nach Ebbinghaus, vgl. S. 130.

(er) (Ich) (daß)

Lieber Brud — ! — teile Dir mit, — ich seit 8 Tagen

(hause)

im Kranken — bin. Ich bin jetzt — — gut zuwege und — — bald entlassen zu werden. Wenn Du — hast, mich einmal zu be — —, würde es mich sehr — —. Bruder Ernst ist in Hamburg — — — Segelschiff. Unserer Mutter — — augenblicklich schlecht, sie — — viel an Kopfschmerzen und — schlecht sehen. Der Vater — — sich im Winter mit Besenbinden, im — — arbeitet er am Hafen. Es grüßt Dich Dein treu — — — J. Petersen.

3. Wiedergabe von Fabeln nach Möller, vgl. S. 131.

Eine durstige Biene wollte an einem Bache trinken, glitt hinein und stand eben im Begriff, unterzugehen, als eine Taube, die vom nächsten Gesträuch zugesehen hatte, mitleidig ein Zweiglein ins Wasser warf, woran jene sich anhielt und rettete. Bald darauf spannte ein Jäger den Bogen auf die Taube, die ihn nicht sah; eben wollte er losdrücken. Als die Biene sah, in welcher Todesgefahr ihre Retterin sich befand, flog sie rasch herbei und stach den Jäger in die Hand. Der unvermutete Schmerz übermannte ihn, er machte ein Geräusch, die Taube hörte ihn und flog weg.

Localisation in Spinal Cord tracts 78

Lumbar Puncture 71